

douleur du ventre, qui d'ailleurs était assez supportable dès le premier jour, était devenue à peu près nulle le troisième jour, et n'était perçue par la malade que lorsqu'on venait à exercer sur l'abdomen une assez forte pression.

Les mêmes moyens furent continués ; mais dans la soirée, c'est-à-dire environ soixante et douze heures après le début des premiers accidents, la malade expira.

L'autopsie démontra l'existence d'une péritonite. Le paquet intestinal, dans la plus grande partie de son étendue, était tapissé çà et là d'une couche de lymphes plastique molle et récente. De plus, le fond du bassin contenait quatre à cinq onces d'un liquide laiteux, de nature purulente. Le mésentère surtout était recouvert de concrétions pseudo-membraneuses plus ou moins épaisses, mais très-peu consistantes.

Malgré toutes les recherches possibles, on ne put découvrir nulle part la moindre perforation intestinale, pas plus au lieu d'élection que dans toute autre portion de l'intestin. — Le tube intestinal fut trouvé parfaitement sain ; seulement, vers la fin de l'iléon, et surtout au niveau de la valvule, il y avait quatre ou cinq plaques sans saillie, mais offrant une coloration noirâtre : c'étaient des glandes de Peyer qui avaient été malades, et qui étaient arrivées à la période de résolution ; mais nulle part on ne pouvait découvrir ni ulcération ni érosion. Les autres organes abdominaux étaient sains ; la rate se montrait petite et ferme, le foie à l'état normal, les poumons légèrement engoués vers leur partie postérieure.

Deux cas analogues sont rapportés dans le livre de M. le professeur Jenner (de Londres).

S'il est permis de croire qu'un certain nombre de cas de guérison de perforations intestinales ne sont probablement rien autre chose que des cas analogues à celui-ci, cependant, messieurs, le fait suivant que vous venez d'observer dans les salles de la Clinique met en lumière la possibilité de cette guérison et le mécanisme par lequel elle s'opère ; il montre aussi de quelle façon peuvent se produire d'autres péritonites sans perforation, que l'on pourrait appeler par propagation.

Vous vous rappelez cette femme qui était couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard. Sortie trois jours auparavant de l'hôpital Saint-Louis, où elle avait eu une dothiésentérie grave qui avait duré six semaines, elle était pâle et amaigrée, et nous lui trouvions une fièvre assez vive. Elle accusait dans le bas-ventre des douleurs que la pression exagérait ; de plus, elle avait de la diarrhée et des vomissements bilieux jaunâtres. Nous constatons en outre un gonflement notable du foie et de la rate.

Nous diagnostiquâmes une péritonite consécutive à la fièvre typhoïde, tout en supposant que la malade avait une rechute de dothiésentérie, ce que semblait nous indiquer la présence de quelques taches rosées récentes sur l'abdomen.

Six jours après son entrée à l'hôpital, les accidents de péritonite que nous avions combattus par l'administration du calomel à doses fractionnées, —

5 centigrammes, donnés chaque jour, divisés en dix prises, — paraissaient calmés ; les douleurs étaient moindres et le ventre avait repris sa souplesse normale. Mais d'autres phénomènes d'une grande gravité s'étaient manifestés du côté des organes thoraciques. C'était une gêne considérable de la respiration, dont les mouvements étaient accélérés et fréquents. En auscultant la poitrine, nous entendions, en avant et en arrière de l'un et l'autre côté, des râles muqueux et sibilants très-abondants ; plus abondants à droite, en arrière et en bas, où ils étaient aussi plus fins, sous-crépitaux, et où nous constatons également une diminution de la sonorité à la percussion. La parole était brève, haletante ; la fièvre était plus vive que les jours précédents.

Le lendemain, une expectoration abondante de crachats muqueux, adhérents au vase, quelques-uns ayant une teinte légèrement ocrée, nous indiquait que la bronchite avait pénétré profondément jusque dans les extrêmes ramifications des bronches, gagnant le parenchyme pulmonaire lui-même. La toux, les phénomènes stéthoscopiques, c'est-à-dire les râles muqueux, sous-crépitaux, fins, la diminution de la sonorité à la base, confirmaient le diagnostic. Néanmoins, comme il n'y avait ni souffle, ni râles crépitaux, on ne pouvait prononcer le mot de pneumonie. Et en effet, cinq jours après, tout cet appareil de symptômes avait cédé ; malgré la diarrhée, nous avons donné le kermès à la dose de 50 centigrammes, administrés par pilules de 10 centigrammes, en ayant soin de prescrire une goutte de laudanum qui fut prise avec chaque pilule. La toux, l'expectoration, étaient moindres ; le son avait repris son timbre habituel là où nous avons noté sa diminution ; nous n'entendions plus que des râles sibilants, muqueux, gros ; la respiration était plus facile.

Les accidents abdominaux étaient restés stationnaires, et il n'y avait qu'un peu de diarrhée, qui céda enfin au sous-nitrate de bismuth associé à la craie, à la dose de 4 grammes de chaque, donné en huit prises dans le courant de la journée, lorsqu'au douzième jour survint un délire continu, en même temps que de la bouffissure générale, sans albuminurie, du muguet et des aphthes sur la membrane muqueuse de la langue et de la bouche. En présence de ces phénomènes nouveaux, nous prescrivîmes le quinquina à la dose d'un gramme dans du café noir. Les accidents persistèrent pendant quatre jours sans interruption, et la malade succomba le quinzième jour de son arrivée à l'Hôtel-Dieu.

A l'autopsie, nous trouvâmes les lésions appartenant à une péritonite généralisée. Tous les intestins étaient soudés entre eux par des adhérences pseudo-membraneuses, se détachant facilement. Ces adhérences circonscrivaient des sortes de loges remplies de pus, sans trace d'un épanchement de matières venues de la cavité intestinale. Sur la face concave du diaphragme, dans le petit bassin, le feuillet pariétal du péritoine était rouge, présentant des arborisations vasculaires et des stries purulentes.

En découvrant l'intestin, dont la surface séreuse était également couverte de matière purulente et d'arborisations vasculaires formant des plaques rouges, nous voyions par places, vers la partie inférieure de l'iléon, des taches d'un

brun noirâtre, autour desquelles irradiaient des arborisations vasculaires plus prononcées que partout ailleurs. A ce niveau, le péritoine épaissi était froncé comme les bords d'une bourse à coulisse, les replis de la membrane séreuse convergeant tous vers les taches noires dont nous parlons.

L'intestin étant ouvert, nous trouvions que ces taches correspondaient à des ulcérations qui avaient détruit les couches muqueuse et musculaire, et arrivaient ainsi jusqu'à la couche séreuse qui en formait le fond.

Ces ulcérations des glandes de Peyer, caractéristiques de la dothiésentérie, au nombre de dix-huit à vingt, occupaient le dernier mètre de l'intestin grêle, et devenaient d'autant plus confluentes qu'on les trouvait plus près de la valvule iléo-cæcale. — Là toute la surface du tube digestif ne présentait qu'un vaste ulcère creusé profondément, déchiqueté sur les bords. Enfin, dans le dernier pied de l'iléon, nous trouvions, au centre de deux larges ulcérations, des perforations ayant à peu près la largeur d'une pièce de vingt centimes, à bords minces et noirâtres. Dans celle qui était la plus rapprochée du cæcum, flottaient des filaments noirâtres, débris du bourbillon furonculeux, au niveau duquel les perforations s'étaient faites.

Nous nous expliquions comment nous n'avions pas trouvé d'épanchement de matière intestinale dans le péritoine, en considérant que ces perforations étaient bouchées par le fait des adhérences des intestins, dont les anses étaient accolées les unes aux autres.

Toute la surface interne du tube digestif, dans ses dernières portions, était arborisée; ces arborisations étaient d'autant plus serrées qu'elles se rapprochaient des parties ulcérées.

Les ganglions mésentériques, tuméfiés, étaient ramollis et réduits en une pulpe rougeâtre.

Le tissu de la rate et du foie, dont le volume était considérablement augmenté, était mou et s'écrasait sous la pression. — Les poumons, congestionnés, ne présentaient pas d'hépatisation. — L'encéphale n'offrait aucune lésion appréciable.

Ainsi que je vous l'ai dit, messieurs, ce fait permet de comprendre les guérisons de perforations intestinales, dont les professeurs Stokes, Graves (de Dublin), et d'autres médecins après eux, ont rapporté des exemples : il nous montre aussi la pathogénie des péritonites sans perforation.

Celles-ci peuvent être la conséquence des ulcérations qui arrivent, comme vous l'avez vu chez notre malade, jusqu'à la lame séreuse de l'intestin, qu'elles enflamment sans la détruire. Supposez ces ulcérations en très-petit nombre ou très-éloignées les unes des autres, la péritonite qui se développera à leur niveau pourra rester circonscrite dans un espace très-limité et n'avoir pas de gravité; mais supposez ou que ces ulcérations soient nombreuses et confluentes, ou que l'inflammation de la membrane séreuse abdominale s'étende de proche en proche, à la façon d'un érysipèle, la péritonite se généralisant pourra tuer le malade.

Maintenant ces péritonites partielles vont nous expliquer la possibilité de la guérison des perforations intestinales. Ces lésions, vous le savez, n'amènent la mort que par le fait de la péritonite générale et violente que provoquent les matières versées de l'intérieur du tube digestif dans la cavité du péritoine. Or, quand des adhérences se sont établies entre les anses intestinales consécutivement à l'inflammation de la membrane séreuse qui les recouvre, l'épanchement de matières ne peut plus avoir lieu, puisque les ouvertures des ulcérations se trouvent fermées par l'accolement des intestins, et l'on conçoit que ces adhérences pouvant persister assez longtemps pour permettre à la solution de continuité de se cicatrifier, le malade guérisse de cette complication.

C'est par ce mécanisme que la femme dont il vient d'être question n'a pas succombé aussi rapidement que succombent d'ordinaire les individus atteints de perforations. Chez elle, la mort a été la conséquence de la péritonite généralisée produite par les ulcérations multiples de l'intestin arrivant jusqu'à la membrane séreuse, et non d'une péritonite générale d'emblée, consécutive aux perforations et à l'épanchement des matières fécales, puisque, à l'autopsie, je vous l'ai fait observer, nous trouvions les anses des intestins accolées les unes aux autres, et empêchant par conséquent cet épanchement de se faire.

Quant au diagnostic, qu'elles soient spontanées, qu'elles soient causées ou non par des perforations, ces péritonites se manifestent par les mêmes symptômes. On a bien dit que la péritonite consécutive à la perforation pouvait se reconnaître à la spontanéité et à l'excessive acuité de la douleur, se manifestant d'abord dans la région du ventre occupée par le cæcum et par la deuxième partie de l'iléon, lieux d'élection des ulcérations intestinales, s'étendant bientôt de là dans tout l'abdomen, s'exaspérant à la pression; on a dit encore que dans la péritonite par perforation, il y avait toujours suppression d'urine, mais ce sont là des signes très-peu certains d'un diagnostic différentiel, que l'ouverture du corps permet seule d'établir.

On conçoit néanmoins que ce diagnostic ait une certaine importance au point de vue du pronostic, car la péritonite sans perforation ne présente pas la même gravité que la péritonite par perforation, qui est presque fatalement mortelle. Dans l'impossibilité où nous sommes de distinguer la nature de ces complications, nous devons craindre, lorsqu'elles arrivent, une terminaison funeste. Enfin, messieurs, vous comprendrez combien, en ayant égard aux altérations du tube digestif dans la dothiésentérie, vous devez être réservés dans le pronostic à porter de cette maladie, en songeant que dans les cas mêmes où elle s'était montrée sous les dehors de la plus absolue bénignité, au moment où, croyant votre malade quitte de tout accident, vous allez annoncer sa guérison, vous pourrez voir survenir cette perforation intestinale, terrible complication contre laquelle vous essayerez trop souvent en vain de lutter, ou une de ces péritonites sans perforation qui, bien que moins dangereuses, ont aussi leur gravité.

BIBLIOTECA

§ 2. — Hémorrhagies intestinales. — Fièvre putride hémorrhagique.

Une femme âgée de soixante-quatre ans, — j'appelle votre attention, messieurs, sur son âge, car cette malade nous a présenté une des rares exceptions à la règle générale qui veut que la dothiésentérie n'attaque le plus habituellement que les jeunes sujets, — une femme âgée de soixante-quatre ans entra le 7 mars 1859 à l'Hôtel-Dieu, où vous l'avez vue couchée au n° 31 de la salle Saint-Bernard. Elle succomba le septième jour de son arrivée, emportée par une complication dont je veux vous entretenir.

A son entrée dans nos salles, elle était dans la prostration et le délire. Le ventre paraissait indolent, on ne provoquait pas de gargouillement par la pression de la fosse iliaque; il n'y avait pas de diarrhée. Le pouls était à 108; il y avait un peu de dyspnée avec quelques râles sous-crépitaux à la base droite du thorax. La rate n'était point augmentée de volume. Nous apprenons que la maladie a commencé par du mal de tête et des frissons.

Le lendemain, nous constatons sur le ventre quelques taches ayant quelques-uns des caractères des taches typhoïdes; trois jours plus tard leur nature n'était plus douteuse. A ce moment il y avait une amélioration marquée. Le soir, mon chef de clinique, M. Moynier, la voit mangeant avec appétit un potage qu'elle trouve insuffisant, lorsque, trois heures plus tard, survient une hémorrhagie intestinale si abondante que le lit est inondé et que le sang se répand sur le plancher de la salle. La malade succombe en moins d'une heure après le début de cet accident.

A l'autopsie, on trouve les parties supérieures de l'intestin grêle saines, mais les parties inférieures offrent les lésions suivantes : Les plaques de Peyer sont profondément atteintes. A environ 6 à 8 centimètres de la valvule iléo-cæcale, il en existe une qui est ulcérée de telle façon que la membrane séreuse est presque mise à nu. Ses bords sont boursoufflés, et sa surface est recouverte de débris exhaling une odeur fétide. Un peu plus haut, d'autres plaques, larges environ de 1 à 2 centimètres, laissent voir la tunique musculuse de l'intestin à nu. Ces plaques sont hypertrophiées, ramollies. Les follicules isolés présentent aussi des altérations profondes. L'intestin est rempli d'une grande quantité de sang, qui a coloré la membrane muqueuse en rouge noir. Du côté du cæcum, on retrouve des follicules isolés profondément ulcérés, et une grande quantité de sang accumulé. Le tube digestif ne contient pas de matières fécales. Les ganglions mésentériques sont confondus dans une masse énorme de graisse. D'après l'examen de ces lésions, il est évident pour nous que la maladie était arrivée au delà du quatorzième ou quinzième jour de son début. La rate a son volume normal, mais elle est très-ramollie. Le foie, hypertrophié, a perdu sa consistance naturelle. Les deux poumons sont congestionnés. Le cœur, dilaté, est rempli de caillots noirâtres. Le cerveau n'offre aucune lésion.

C'est, depuis sept ans, messieurs, le troisième exemple qui se présente à moi d'individus mourant d'hémorrhagies intestinales dans le cours d'une dothiésentérie. Dans les deux autres, les malades ne succombèrent pas foudroyés par l'abondance de la perte du sang, comme la femme dont je viens de vous rapporter l'histoire. L'un fut pris, au vingt-troisième ou vingt-quatrième jour de la maladie, de ces accidents, qui se renouvelèrent pendant trois ou quatre jours de suite, et mourut dans un état d'anémie, de débilité profondes, déterminé par des hémorrhagies successives. L'autre avait présenté, au dix-neuvième jour de la fièvre typhoïde, des phénomènes nerveux ataxiques, lorsque survint une perte de sang modérée, à la suite de laquelle on constata, dans la situation du sujet, un amendement notable qui persista pendant huit jours. Cependant les accidents nerveux se reproduisirent; survint une nouvelle hémorrhagie, puis une troisième. Les troubles de l'innervation, au lieu de se calmer, comme ils l'avaient fait d'abord, augmentèrent et enlevèrent le malade.

Les hémorrhagies intestinales sont des accidents qui se rencontrent fréquemment dans la dothiésentérie; peut-être même sont-elles encore plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, si l'on en juge d'après les faits où à l'autopsie seulement leur existence a été révélée, lorsqu'en ouvrant le tube digestif on trouve une quantité plus ou moins considérable de sang qui n'avait pas dépassé la valvule iléo-cæcale. On conçoit que si, dans ces circonstances, une hémorrhagie un peu abondante peut être soupçonnée d'après les symptômes généraux qui la caractérisent, faiblesse plus grande du malade, pâleur subite des téguments, etc., une perte de sang très-modérée peut passer tout à fait inaperçue. Le plus ordinairement l'hémorrhagie se fait jour au dehors, et, suivant les cas, le sang est rendu presque pur, très-reconnaissable, ou bien altéré, sous forme de matière noirâtre ressemblant à du goudron, lorsqu'il a longtemps séjourné dans l'intestin.

Vous lirez, vous entendrez dire partout que ces hémorrhagies sont des complications sérieuses, et qu'elles ajoutent à la gravité de la maladie. Cette opinion est celle de médecins les plus recommandables; mais, ainsi présentée, elle est beaucoup trop absolue, et, pour mon compte, après m'être longtemps rangé à cet avis, je professe aujourd'hui une doctrine tout à fait opposée, à savoir, que les hémorrhagies intestinales, dans la fièvre typhoïde, loin d'avoir la gravité qu'on leur accorde, constituent le plus souvent un phénomène de favorable augure. C'est aussi la manière de voir de Graves. Lorsque je lus pour la première fois cette proposition dans les leçons cliniques du professeur de Dublin, étant encore sous l'empire des idées contraires dans lesquelles mon éducation médicale s'était faite, je fus d'abord étonné de voir un homme d'une aussi grande valeur, d'une aussi grande renommée, en désaccord avec ce que je croyais savoir. Une pareille autorité me donna à réfléchir, et, passant en revue les faits que j'avais observés moi-même, je me rappelai des guérisons qui avaient eu lieu dans des cas où j'avais eu affaire à ces accidents. Je portai dès lors sur ce point une attention plus soutenue, et si les trois cas

dont je vous ai parlé tout à l'heure semblent venir confirmer ce qu'on a dit de la gravité des hémorrhagies intestinales, je pourrais leur en opposer d'autres, en bien plus grand nombre, à l'appui de la doctrine de Graves.

Sans aller les chercher ailleurs que dans les observations recueillies sous vos yeux, je vous rappellerai les deux suivants :

Une jeune fille âgée de vingt ans, d'une belle et vigoureuse constitution, entra dans le service de la Clinique, au n° 5 de la salle Saint-Bernard, le 14 octobre 1857. Elle était malade depuis huit jours, mais n'avait été forcée de s'aliter que le quatrième jour. La dothiésentérie marchait régulièrement sans présenter d'autres phénomènes qu'un abattement considérable, la fièvre et la diarrhée étant d'ailleurs très-modérées, lorsque le 18 octobre, au douzième jour de sa maladie, cette jeune fille eut une *hémorrhagie intestinale abondante* ; elle remplit à peu près un vase de nuit d'un sang noir, liquide et d'une odeur très-fétide. Cet accident se répéta le lendemain, et le sang fut rendu en même quantité ; le troisième jour les garderobes étaient encore noires et fétides.

Les symptômes généraux étaient peu alarmants, à partir de cette époque ils s'amendèrent notablement : la fièvre tomba graduellement de jour en jour, et la malade sortit complètement guérie le 17 novembre, un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Un fait remarquable, c'est que, malgré ces deux énormes pertes de sang, la malade, qui était naturellement colorée, garda son teint habituel et ne parut nullement affaiblie.

L'année dernière, un homme de vingt-sept ans, grand, bien constitué, mais au teint blanc et aux cheveux blonds, arrivait le 10 juin au n° 16 de la salle Sainte-Agnès. Il était malade depuis onze jours d'une fièvre putride nettement caractérisée et de forme grave.

Habitant depuis peu Paris, où il exerçait la profession de journalier, il avait été languissant pendant une semaine, se plaignant de maux de tête violents, lorsque, le 7 juin, il fut forcé de garder le lit. Les symptômes de l'affection abdominale prédominaient, et étaient caractérisés par un ballonnement considérable du ventre, par une diarrhée fréquente et abondante ; la fièvre était vive, la langue d'une sécheresse notable ; enfin il y avait du délire.

Le 23 juin, au vingt-quatrième jour du début de sa dothiésentérie, ce jeune homme rendit dans la journée trois garderobes abondantes, composées d'un sang noir, liquide, mélangé de quelques caillots. Aussitôt après cette hémorrhagie nous constatons un mieux sensible ; le soir on notait : fièvre modérée, peau sans chaleur anormale ; le malade se trouvait plus à son aise et demandait à manger ; cependant la langue était toujours poisseuse, rouge et sèche au milieu.

Le lendemain, il y avait eu, depuis les évacuations sanglantes de la veille, trois garderobes diarrhéiques ordinaires ; la langue était humide, sans être

rouge, avec un léger enduit blanc jaunâtre à la base. Le pouls, qui jusque-là montait au-dessus de 120, était descendu à 80.

Cependant le malade souffrait d'une éruption ecthymateuse qui, dès le premier septénaire de sa fièvre, s'était déclarée sur les fesses, sur le dos, sur les cuisses. Au niveau du sacrum, les pustules s'étaient converties en des eschares larges, mais peu profondes, n'intéressant pas toute l'épaisseur du derme ; leur fond était grisâtre. Pour combattre ces complications occasionnées par le contact des urines, des matières excrémentielles, et par la pression exercée sur les parties affectées dans le décubitus dorsal que l'individu n'avait pas quitté, nous imaginâmes de le coucher sur de la paille couverte d'un simple drap, comme cela se pratique chez les *gâteuses* de la Salpêtrière, lorsqu'on veut prévenir les excoriations du siège. Selon notre habitude, nous avons alimenté notre malade durant tout le temps de la maladie ; on augmenta un peu la quantité de potage qu'on lui donnait.

Les eschares se cicatrisaient, les pustules d'ecthyma qui n'étaient point encore ulcérées se séchaient, l'état général se maintenait satisfaisant, lorsque le 26 survint une nouvelle hémorrhagie intestinale, compliquée cette fois d'épistaxis et d'écoulement par la bouche du sang venu des fosses nasales.

Nonobstant ce nouvel accident, la convalescence finit par s'établir, et le malade fut bientôt en état de quitter l'hôpital.

Ces faits sont positifs. J'en aurais d'autres à ajouter, tirés également de ma pratique ; d'autres encore qui ont été observés ailleurs par des médecins d'une expérience reconnue. Ainsi, M. le docteur Ragaine (de Mortagne) (1) rapporte que sur 400 malades qu'il a vus, 11 ont eu des hémorrhagies intestinales, et que ces 11 malades ont guéri. Tout récemment, M. le docteur Juteau (de Chartres) lisait, devant la Société médicale d'Eure-et-Loir, un travail fort intéressant sur une épidémie de fièvre dothiésentérique ; il déclarait que cinq de ses malades avaient été atteints d'hémorrhagie intestinale, et que tous avaient guéri.

Je ne voudrais pas cependant que l'on me fit dire que je regarde comme d'une innocuité absolue ces accidents considérés jusqu'à présent comme des complications toujours sérieuses.

Ces hémorrhagies intestinales sont, dans un trop grand nombre de cas encore, très-graves. Par leur excessive abondance, elles peuvent foudroyer les malades, au même titre que toutes les autres pertes de sang, et vous avez entendu parler de morts causées par des épistaxis dont on ne pouvait se rendre maître ; ce sont des accidents redoutables, lorsque, se répétant, elles épuisent le malade, et le font tomber dans un état d'anémie et de débilité qui entraîne l'extinction des forces vitales, ou des troubles nerveux ataxiques, comme chez un des trois individus dont je vous ai parlé. Enfin, les hémorrhagies intestinales sont

(1) Ragaine, *Mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde qui régna à Moulins-la-Marche pendant les années 1855, 1856.*

encore des complications sérieuses, lorsque, coïncidant avec des hémorrhagies nasales, gingivales, pulmonaires, uréthrales, sous-cutanées, elles sont l'expression d'une dyscrasie contre laquelle les ressources de l'art sont impuissantes; hémorrhagies qui sont un des caractères de la maladie que nos devanciers désignaient sous le nom de *fièvre putride* par excellence, et que nous appelons aujourd'hui *fièvre putride hémorrhagique*; mais, dans ces cas, ce ne sont pas, à proprement parler, les pertes de sang qui tuent; la mort arrive par le fait de cet état morbide particulier qui constitue la putridité.

Tout dernièrement, vous vous le rappelez, nous avons eu dans notre salle Saint-Bernard un exemple de cette fièvre putride hémorrhagique.

C'était chez une femme de vingt-deux ans, couchée au n° 5. Accouchée depuis quatre mois, elle avait, disait-elle, toujours été parfaitement bien portante. Elle était malade depuis cinq jours, et, peu auparavant, ses règles avaient paru comme d'habitude. Sa maladie s'était annoncée par du mal de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille qu'accompagnait une surdité assez prononcée, et par la fièvre. Tous ces phénomènes existaient encore lorsque nous vîmes cette femme à la première visite. La peau était chaude, le pouls à 108. La malade accusait une courbature générale, des douleurs dans les membres, principalement dans les jambes, et de la rachialgie. Elle souffrait également de la gorge; mais nous ne constatons rien de notable dans cette région. La langue était très-saburrale. Il y avait un peu de toux accompagnée d'une expectoration phlegmorragique. La malade se plaignait de ne pas pouvoir dormir; elle avait des rêvasseries; mais quand on lui parlait, elle répondait nettement aux questions.

Du côté de l'appareil digestif, nous notions des nausées et de la constipation. Nous prescrivîmes un purgatif composé de : calomel, 5 centigrammes, et de 1 gramme de jalap en poudre, à prendre un quart d'heure après le calomel.

Dans la nuit, il y eut un délire bruyant, loquace, mêlé de rires; l'expression du visage n'était pas hébétée; la fièvre était modérée, la peau modérément chaude; la langue, rouge, couverte d'un enduit saburral très-épais à la base. En passant légèrement l'ongle sur le front, sur le ventre, sur les bras, nous voyions la tache cérébrale se produire très-distinctement et persister un certain temps. Nous prescrivîmes le calomel à doses fractionnées, 5 centigrammes, divisés en dix paquets à prendre d'heure en heure.

Le troisième jour de l'entrée à l'hôpital, huitième du début de la maladie, le délire continuait moins violent toutefois, et la malade répondait à nos questions. La tache cérébrale était très-apparante et persistait longtemps; le ventre était indolent; le pouls à 108; les gencives étaient saignantes. On continua le traitement de la veille.

Le lendemain, encore du délire et de la surdité. Le pouls est fréquent et d'une grande mollesse. Il n'y avait toujours pas de diarrhée. Quelques taches rosées lenticulaires apparaissaient sur l'abdomen. Les gencives étaient encore saignantes, et de plus, en faisant coucher la malade sur le ventre, nous voyions

d'énormes ecchymoses sur la partie postérieure du corps, en particulier sur le tronc et sur les bras. Ces taches ecchymotiques, qui présentaient une saillie à leur centre, se trouvaient également à la partie antérieure de la poitrine, autour du sein gauche.

A l'auscultation, on entendait quelques râles sous-crépitaux à droite et à gauche, et du souffle dans la fosse sous-épineuse du côté droit.

Nous ordonnâmes : quinquina en poudre, 4 grammes, à prendre dans une infusion de café; une potion avec : eau de Rabel, 4 grammes; sirop de ratanhia, 40 grammes; eau, 100 grammes. A donner par cuillerées à bouche. Enfin, comme tisane, de l'eau de Selz et du lait glacés. L'agitation, le délire continuèrent, et de la diarrhée survint. Le ventre n'était pas ballonné. Les accidents thoraciques avaient augmenté. La respiration était haute, et le souffle, qui s'entendait toujours dans la fosse sous-épineuse à droite, s'entendait aussi à gauche à la base du poumon.

On remplaça le quinquina par un gramme de sulfate de quinine donné de la même façon.

Le onzième jour de la maladie, cette femme succomba. Les accidents cérébraux avaient persisté; les accidents thoraciques s'étaient encore étendus, le souffle pouvant être perçu du haut en bas de la poitrine de chaque côté. La dyspnée était intense (56 inspirations par minute); le pouls à 136. Le sang s'écoulait par la bouche.

L'autopsie fut faite le lendemain. Dans les intestins, nous ne trouvâmes pas de traces d'hémorrhagie. A la partie inférieure de l'iléon, trois plaques de Peyer ramollies, mais non ulcérées. Quelques follicules isolés tuméfiés. Les ganglions mésentériques engorgés avaient une coloration rosée. — La rate, lie de vin foncée, était augmentée de volume. Son parenchyme était diffluent. — Le foie avait une consistance molle. — La partie postérieure des lobes inférieurs des deux poumons était le siège d'un engorgement apoplectique qui occupait toute leur étendue. Le tissu pulmonaire ramolli était noirâtre. — L'encéphale ne présentait qu'une très-légère injection des méninges.

Par quel mécanisme s'opèrent les hémorrhagies intestinales dans la fièvre putride? Souvent, à l'autopsie des individus enlevés par la dothiésentérie, on aperçoit, au fond des ulcérations de l'intestin, des vaisseaux mésentériques à nu. On peut supposer alors que ces hémorrhagies sont dues à la désorganisation de l'un de ces vaisseaux rompu dans le travail d'élimination du bourbillon furonculaire. Toutefois, le plus ordinairement, pour ne pas dire toujours, les choses ne se passent pas ainsi. Le sang est exhalé par la surface muqueuse, absolument comme cela a lieu dans un grand nombre d'autres cas, comme cela a lieu, par exemple, dans l'hématémèse, dans l'épistaxis. La cause prochaine de cette exhalation sanguine est une modification profonde éprouvée par le sang qui se trouve dans cet état qu'on a appelé *état de dissolution*, dont vous pourrez vous rendre compte en examinant les saignées faites dans les services de nos hôpitaux dirigés par les médecins qui ont recours aux émissions sanguines dans le