

DIGITHÈQUE

Université libre de Bruxelles

ROMMELAERE Willem, *Clinique médicale à l'hôpital St-Pierre : notes recueillies par les élèves du service*, vol. I, Bruxelles : F. Hayez, 1887-1888.

Cette œuvre littéraire appartient au domaine public.

Elle a été numérisée par les Archives & Bibliothèques de l'Université libre de Bruxelles.

Les règles d'utilisation des copies numériques des oeuvres sont visibles sur la dernière page de ce document.

L'ensemble des documents numérisés par les Archives & Bibliothèques de l'ULB sont accessibles à partir du site <http://digitheque.ulb.ac.be/>

Accessible à : http://digistore.bib.ulb.ac.be/2016/noncat000052_001_f.pdf

CLINIQUE MÉDICALE

676
R 665
v. 1

à l'hôpital St - Pierre.

NOTES

RECUEILLIES PAR LES ÉLÈVES DU SERVICE.



Docteur **ROMMELAERE**

1887 - 1891

BRUXELLES,

F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

Rue de Louvain, 112.

—
1893

EXAMEN DU MALADE

Nom — Sexe — Age — Profession — Enfants.

A. *Éléments cliniques subjectifs.*

I. ANTÉCÉDENTS :

1. **Héréditaires.**

2. **Personnels** : profession, habitudes, maladies antérieures.

II. COMMÉMORATIFS : Date et mode de début de la maladie, symptômes observés, traitement suivi.

III. SYMPTOMES ACTUELS :

1. **Nerveux** : Sommeil, agitation ou fatigue, douleur.

2. **Organes des sens.**

3. **Organes respiratoires** : oppression, toux, expectoration.

4. **Organes circulatoires** : palpitations.

5. **Organes digestifs** : appétit, digestion, renvois ou vomissements, selles, hémorrhoides.

6. **Organes urinaires** : quantité et aspect de l'urine, miction.

7. *Organes génitaux.*

2991

B. *Éléments cliniques objectifs.*

I. APPARENCE EXTÉRIEURE DES MALADES :

Position.

Teint.

Nez, lèvres, conjonctive, pupilles, arc sénile.

Émaciation?

II. PEAU : Coloration, moiteur, œdème, tumeurs, vaisseaux superficiels, ongles.

III. LANGUE sèche ou humide, aspect de la surface, état des papilles.

IV. EXAMEN SPÉCIAL DES DIFFÉRENTS ORGANES :

1. Respiratoires.

2. Circulatoires.

3. Digestifs.

4. Foie.

5. Rate.

6. Reins et vessie.

7. Système nerveux.

8. Organes des sens.

9. *organes génitaux*

EXAMEN

DES ORGANES RESPIRATOIRES.

La symétrie doit présider à l'examen.

A. INSPECTION.

1. **Développement** { symétrique.
 { asymétrique { congénital.
 { acquis.

2. **Conformation** { régulière.
 { cylindrique.
 { en carène.
 { déformée.

3. **Ampliation** par la respiration.

4. **Mensuration.** { Circonférence thoracique . . .
 { Diamètre antéro-postérieur . . .
 { Id. transverse
 { Indice thoracique = $\frac{D. tr. \times 100}{D. A. P.}$
 { De la cage thoracique par moitié.

Jeu
respiratoire.

B. PALPATION.

Appliquer la main à plat successivement sur les deux côtés de la poitrine, à différents niveaux, en faisant parler le malade à haute voix (drei und dreissig, ninety nine, quarante-quatre).

Le frémissement est :

augmenté,

diminué,

aboli.

C. PERCUSSION.

Elle est { immédiate.
 { médiate.

I. PERCUSSION IMMÉDIATE :

S'exerce avec toute la surface de la main. Donne des résultats insuffisants.

II. PERCUSSION MÉDIATE :

1. **Percussion instrumentale** : au moyen du plessimètre en ivoire ou métallique et du marteau.
2. **Percussion digitale** : s'exerce avec un ou deux doigts de la main droite, faisant office de marteau et venant frapper d'un coup sec la seconde phalange de l'index ou du médius de la main gauche étendue et appuyée uniformément sur le point à percuter.

Elle permet de constater en même temps que le degré de sonorité, l'élasticité, le frémissement, les vibrations profondes, etc.

III. RÈGLES A OBSERVER :

1. Le malade doit ouvrir la bouche.
2. La percussion doit être symétrique.
3. Le doigt-plessimètre doit être appliqué à plat dans toute son étendue et presser légèrement et uniformément sur la région percutée.

4. Le doigt percuteur doit frapper perpendiculairement par son extrémité et non par la pulpe.
5. La percussion doit être pratiquée par un mouvement qui se passe dans le poignet.
6. Le choc doit être sec et le doigt percuteur relevé immédiatement.
7. La percussion doit être pratiquée dans les points symétriques successivement dans l'inspiration et dans l'expiration.

IV. VARIÉTÉS DE PERCUSSION :

1. Superficielle.
2. Profondes.

La percussion profonde ou forte est pratiquée :

1. En appliquant fortement le doigt ou le plessimètre.
2. Ou en frappant avec une grande force.

Elle est indiquée quand il faut percuter à travers une couche de tissu solide un organe renfermant de l'air.

V. LIGNES PLESSIMÉTRIQUES DES ORGANES RESPIRATOIRES :

1. Ligne sternale.
2. Id. perasternale.
3. Id. mamillaire.
4. Id. axillaire

}	antérieure.
	moyenne.
	postérieure.
5. Id. scapulaire.
6. Id. vertébrale.

La percussion de la région sus-claviculaire est très importante.

VI. RÉSULTATS DE LA PERCUSSION :

A. MATITÉ : Son fémoral (Piorry), son vide (Skoda), son obscur ou sourd (Guttman).

La signification doit être précisée par l'ensemble des symptômes.

B. SONORITÉ.

Trois caractères :

a. TIMBRE :

1. **Sonorité claire normale**, non musicale (son pulmonal) : dépend de l'irrégularité des vibrations de la membrane pulmonaire.
2. **Sonorité tympanique**, musicale : quand la membrane pulmonaire vibre \pm régulièrement (hydrothorax, pyopneumothorax ou cavernes superficielles et vides).
3. **Sonorité métallique** (bruit amphorique, d'airain) : Cavernes vides mesurant au moins 6 centimètres de longueur.
4. **Bruit de pot fêlé** : Cavernes hydrothorax, pyothorax, pleurésie avec épanchement.

b. HAUTEUR OU TONALITÉ. — Le son est **aigu** ou **grave**.

Dépend du nombre de vibrations dans l'unité de temps. En rapport avec le degré de tension de la membrane vibrante. Plus celle-ci est tendue, plus le son est aigu.

c. INTENSITÉ. — S'apprécie par la durée du son. — Le son est **clair** ou **sourd**.

Dépend :

1. Du degré d'amplitude des ondes de la membrane pulmonaire : en rapport avec la force de la percussion.
2. De l'étendue de la masse vibrante.
3. De l'état du milieu interposé : état des parois.

VII. CONSONANCE.

Les résultats de la percussion sont souvent modifiés par la **consonance**, due aux ondulations sonores d'un corps voisin du corps percuté et vibrant à l'unisson avec lui.

Examen des organes respiratoires (*suite*).

D. AUSCULTATION des ORGANES RESPIRATOIRES.

I. TECHNIQUE :

1. Découvrir le malade, ou ne laisser sur la peau qu'un mouchoir.
2. Faire ouvrir la bouche du malade.
3. Recommander au malade d'éviter de faire du bruit par la bouche.
4. Bien étaler la poitrine.
5. Ausculter symétriquement.

II. PROCÉDES :

L'auscultation est :

1. **Médiate** : stéthoscope *a*) simple.
b) biauriculaire (Paul).
2. **Immédiate** : application de l'oreille au niveau de la partie à explorer.

III. ÉLÉMENTS PHYSIOLOGIQUES :

1° Inspiration.

1. Bruit glottique ou bronchique.
2. Murmure vésiculaire.

2° Expiration.

Bruit glottique.

IV. CARACTÈRES DES BRUITS PHYSIOLOGIQUES :

1° Bruit inspiratoire : Murmure vésiculaire doux et continu, sans saccade. — Le plus marqué au sommet droit.

Plus marqué chez l'enfant (respiration puérile) et chez les personnes maigres.

2° Bruit expiratoire : à peine audible à l'état normal.

3° Rapport de durée entre les deux temps respiratoires.

Inspiration : expiration = 3 : 1.

V. MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES :

1° Bruit inspiratoire.

1. **INTENSITÉ :**

nulle,

faible,

supplémentaire ou puérile,

indéterminée.

2. **CONTINUITÉ :** inspiration saccadée.

3. **DURÉE :** plus courte.

4. **PRÉDOMINANCE DU BRUIT GLOTTIQUE.**

1. Inspiration rude,

2. Id. bronchique.

3. Id. caverneuse.

4. Id. amphorique.

Examen des organes respiratoires (*suite*).**D. AUSCULTATION des ORGANES
RESPIRATOIRES** (*suite*).**VI. TINTEMENT MÉTALLIQUE :**

Bruit métallique, à timbre argentin, comparable au bruit provoqué par

1. Un grain de sable qui tombe dans une coupe métallique.
2. Des grains de plomb tombant dans un vase d'airain.
3. Une corde métallique mise en vibration.

Est produit par la respiration, par la voix et par la toux.

VII. FLUCTUATION THORACIQUE.

1. **Technique.** — Pendant que l'oreille est appliquée au thorax, on place les deux mains sur les épaules du sujet et on lui imprime de légères secousses.
2. **Caractère.** La fluctuation thoracique se présente comme un cliquetis produit par le choc d'un liquide et analogue au bruit que l'on détermine en secouant brusquement une carafe à moitié remplie d'eau.

VIII. AUSCULTATION ET PERCUSSION COMBINÉES.**PERCUSSION AUSCULTATOIRE.**

1. **Technique.** — On se sert d'un stéthoscope plein. Pendant qu'on ausculte la région centrale de l'organe à explorer, on frappe d'abord quelques coups tout près du stéthoscope pour avoir le son type; puis on éloigne le siège de la percussion, jusqu'à ce que le son perçu par le stéthoscope plein soit modifié.
2. **Utilité :** Permet de délimiter très nettement deux matités voisines d'origine différente (cœur et foie).

E. AUSCULTATION DE LA VOIX.

I. RÈGLES A OBSERVER :

Les mêmes que pour l'auscultation des bruits respiratoires.

II. TECHNIQUE :

On ausculte le malade pendant qu'on lui fait articuler nettement certains mots successivement

1. A voix haute.

2. A voix basse.

III. RETENTISSEMENT NORMAL DE LA VOIX :

Bourdonnement confus, variant d'intensité et de timbre suivant le siège, la conformation de la poitrine, la force et le timbre de la voix, etc. Il est le plus prononcé dans le voisinage de la trachée-artère.

IV. MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES :

1. Retentissement vocal exagéré.

2. Bronchophonie ou voix tubaire.

3. Égophonie.

4. Pectoriloquie.

5. Voix de Polichinelle.

6. Voix amphorique.

5. BRUITS COMPLEXES.

a. Râles.

Secs { ronflant.
 { sibilant.
 { crépitant.

Humides { sous-crépitant } fin.
 { à grosses bulles ou râle }
 { } muqueux.
 { caveux.

b. Craquements secs ou humides.

c. Froissements.

d. Frottements.

2° Bruit expiratoire.

1. INTENSITÉ :

audible,
rude.

2. DURÉE : expiration prolongée.

3. BRUITS COMPLEXES :

sibilant,
ronflant,
craquement,
crépitation.

3° Rythme respiratoire.

Le rapport de durée de l'inspiration à l'expiration = 3 : 4 est modifié par l'expiration prolongée. — Dans l'asthme bronchique l'inspiration dure 1-2 secondes, l'expiration 4-5.

EXAMEN DU CŒUR.

A. INSPECTION.

1. **Conformation** de la région précordiale.

2. **Siège** de la pointe $\left\{ \begin{array}{l} \text{normal (5^{me} espace intercostal).} \\ \text{déplacé} \left\{ \begin{array}{l} \text{en haut.} \\ \text{à droite.} \end{array} \right. \end{array} \right.$

3. **Battement** de la pointe du cœur.

a) Normal.

b) Rétracte l'espace intercostal.

4. **Ondulation** de la région précordiale.

B. PALPATION.

1. **Siège** de la pointe.

2. **Soulèvement** :

a) de la pointe.

b) de toute la région précordiale.

1° en totalité.

2° par reptation.

3. **Frémissement cataire** :

a) limité à la pointe.

b) étendu à toute la région.

C. PERCUSSION.

I. ÉTAT NORMAL DE LA MATITÉ ABSOLUE :

La matité précordiale atteint le bord gauche du sternum.

La pointe bat dans le 5^{me} espace intercostal à une distance de 8 à 10 centimètres de la ligne médiane.

Le bord inférieur est situé sur une ligne qui unit la pointe du cœur à la limite supérieure de la matité préhépatique (Paul).

La base du cœur est fixe; sa matité se retrouve au niveau des 2^{mes} cartilages costaux.

Le bord gauche du cœur est difficile à délimiter.

En suivant ces indications on arrive à déterminer la base du cœur, son bord droit et son bord inférieur; quant au bord gauche, sa limite n'est pas exactement donnée par la percussion.

II. MATITÉ ABSOLUE NORMALE DU CŒUR :

Mesure de 4 à 5 centimètres par côté.

La percussion de la face antérieure du sternum donne un son clair : la partie du ventricule droit qui est située en arrière de cet os ne donne pas de matité, bien qu'elle ne soit pas recouverte par le poumon.

III. BUT PRINCIPAL DE LA PERCUSSION :

Établir s'il y a augmentation du volume du cœur droit.

IV. TECHNIQUE ET LIGNES PLESSIMÉTRIQUES :

1. Déterminer et marquer le siège de la pointe du cœur.
2. Une ligne partant du milieu du manubrium pour aboutir à la pointe du cœur (donne la base du cœur).

3. Ligne horizontale passant par la 4^{me} côte : donne le bord droit.
4. Ligne reliant le bord supérieur de la matité préhépatique à la pointe du cœur : donne le bord inférieur.
5. La percussion doit être superficielle et profonde.

D. AUSCULTATION DU COEUR.

I. ÉTAT PHYSIOLOGIQUE :

Deux bruits séparés par deux silences.

Premier bruit. — Sourd et plus long (maximum entre la 4^{me} et la 5^{me} côte).

Petit silence.

Second bruit. — Plus clair et plus court (maximum à peu près au niveau de la 3^{me} côte).

Grand silence.

II. RHYTHME :

Le premier bruit dure le $\frac{1}{3}$ d'un battement.

Le petit silence : $\frac{1}{6}$ id.

Le second bruit : $\frac{1}{6}$ id.

Le grand silence $\frac{1}{3}$ id.

III. CARACTÈRES DES BRUITS NORMAUX :

Premier bruit. — Sourd et long. On distingue deux périodes :

1^o bruit présystolique très court.

2^o bruit systolique.

Il a son maximum d'intensité entre les 4^{me} et 5^{me} côtes.

Second bruit. — Plus clair et plus sec.

Maximum d'intensité au niveau de la 3^{me} côte.

IV. CAUSES DES BRUITS DU CŒUR :

Présystolique : passage du sang des oreillettes dans les ventricules.

Systolique : Contraction du myocarde.

Passage du sang dans les artères aorte et pulmonaire.

Diastolique : Affaissement des valvules sygmoïdes.

V. FACTEURS MODIFIANT LES BRUITS DU CŒUR :

1. État des orifices et des valvules.

2. État du myocarde.

3. État du sang.

4. État du péricarde.

5. Degré de pression du sang.

VI. MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES :

1° FOYERS D'AUSCULTATION.

Région au niveau de laquelle on entend le	maximum d'intensité des bruits produits :
1. Pointe du cœur.	à l'orifice mitral.
2. Appendice xyphoïde.	à l'orifice tricuspide.
3. Articulation sternale de la 3 ^{me} côte droite.	à l'aorte.
4. Articulation sternale des 2 ^{me} et 3 ^{me} côtes gauches.	à l'artère pulmonaire.
5. Centre de la matité précordiale.	par le péricarde.

2° CLASSIFICATION DES BRUITS PRODUITS.

1. Souffle :

Systolique { insuffisance mitrale.
rétrécissement aortique.
anémie.

Diastolique : insuffisance aortique ou pulmonaire.

2. **Dédoublement :**

Systolique { rétrécissement auriculo-ventriculaire.
 { inégalité de contraction des ventricules.

Diastolique { anémie.
 { inégalité d'affaissement des valvules sigmoïdes.

3. **Frottement.** — Péricardite.

4. **Renforcement** du bruit diastolique : pression trop forte du sang dans le système pulmonaire.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE.

Godofrids

G. (Édouard), âgé de 35 ans, cocher. Constitution bonne, tempérament lymphatique.

I. ANTECÉDENTS. — A habité les Indes orientales où il a souffert de la fièvre intermittente en 1875. — A eu des accès en Belgique en 1885, pendant une quinzaine de jours.

II. DÉBUT. — Début brusque il y a 8 jours par un accès de transpiration profuse qui a duré toute la nuit. Il a laissé à sa suite un accablement très grand et de la céphalalgie. L'accès s'est produit tous les soirs. Il n'y a pas eu de vomissements.

III. TRAITEMENT ANTÉRIEUR. — N'a pas pris de médicaments avant son entrée à l'hôpital. Le malade s'est borné à garder le lit.

IV. SYMPTOMES CONSTATÉS A L'HOPITAL. — Le malade est entré le 9 décembre 1887 dans la soirée. Il a eu un frisson violent qui a duré une dizaine de minutes et qui a été suivi de chaleur et de sueur. La température s'est élevée à 41° c.

V. EXAMEN DU MALADE A L'HOPITAL. Teint terreux, subictérique, avec décoloration des lèvres et de la muqueuse des paupières. Pas de lésions aux poumons.

Cœur : Dilatation des cavités droites; le premier bruit est sourd; le second renforcé et dédoublé.

Rate : Mesure 15 centimètres sur la ligne axillaire médiane.

Foie : Mesure $\frac{12 \times 15 \times 16}{+7}$.

Langue : Blanchâtre; salive visqueuse.

Voies digestives : Diarrhée, hier; pas de vomissements; inappétence.

Système nerveux : Affaissement; céphalalgie frontale; pas de rachialgie.

Système urinaire : Urines uratées et biliaires; ni sucre ni albumine.

Température : Hier soir 41°. Ce matin 37°.

VI. DIAGNOSTIC. — L'élément principal est fourni par la température de la peau; l'écart de 4° du soir au matin permet de conclure à une *fièvre intermittente*. — D'après les renseignements fournis par le malade, la fièvre serait du *type quotidien*.

VII. CONSTITUTION DE LA MALADIE. — Il y a lieu de distinguer deux périodes : 1. La période intercalaire.

2. — d'accès.

Le sujet est souffrant en dehors de la période d'accès; la réapparition intermittente des accès prouve que l'organisme reste en puissance de l'agent morbide. — Plus l'intermittence est longue, plus la fièvre est tenace; la *fièvre quarte* est une des plus graves.

VIII. ÉLÉMENTS DE GRAVITÉ. — Ils sont de deux ordres :

1. **L'état général du malade entre les accès :** la cachexie paludéenne constitue un état des plus sérieux.

2. **L'accès :** en général le frisson est un des éléments les plus sérieux de la maladie. — Toutefois les stades de chaleur et de sueur peuvent par leur exagération constituer un danger pour l'existence.

IX. INDICATIONS DU TRAITEMENT.

1. Prévenir l'accès.
2. Traiter l'accès.
3. Guérir les lésions produites.

1° Prévenir l'accès : C'est l'indication capitale.

Administré la quinine. Le chlorhydrate de quinine est administré de deux manières :

1. *Par la bouche :*

R. Chlorhyd. quinin. 1 gr.
Sacch. alb. 1 gr.
M. et div. in dos. aeq. n° vi

une toutes les heures, de manière que la dernière dose soit administrée 1 heure avant le retour probable de l'accès.

2. *En lavement :*

R. Chlorhyd. quinin. 1 gr.
Aq. com. dist. 30 gr.
Pro enem.

2° Traitement de l'accès : Palliatif, sauf quand l'exagération d'un des stades nécessite une intervention symptomatique.

3° Traitement des lésions.

1. La suppression du facteur intermittente entraîne la guérison des lésions par un régime tonique.

2. Dans certain cas, il faut agir par un éméto-cathartique :

R. Pulv. tart. emetic 3 centigr.
Pulv. rad. ipecac. 2 gr.
M. et div. in dos. aeq. n° iij,
une poudre de dix en dix minutes.

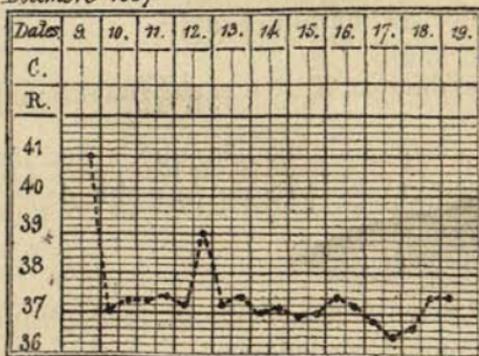
3. Quand l'accès est coupé, il est utile de soumettre le malade pendant une huitaine de jours à une préparation tonique :

R. Sulfat. quinin. 1 gr.
Subcarbonat. ferr. 1 gr.
Syr. off. q. s. ut f. s. a. pil. n° xx.
trois par jour (10^h, 3^h, 9^h).

IX. MARCHÉ. — TERMINAISON DE LA MALADIE.

La marche de la maladie a été régulièrement favorable, comme l'indique le tracé ci-joint.

Décembre 1887.



Le sujet a pris 1 gramme de chlorhydrate de quinine les 10 et 11 décembre.

La dose a été réduite à 50 centigrammes le 12. Mais un léger frisson qui s'est produit dans la soirée du 12 nous a engagé à reprendre la dose de 1 gramme les 13, 14 et 15.

Le 16 et les jours suivants, nous reprenons la dose de 50 centigrammes par jour. Il n'a plus eu de frissons. Le foie mesure $0 \times 5 \times 8$. La rate mesure 7 centimètres. Le cœur reste un peu

dilaté; on ne note comme symptôme d'auscultation qu'une accentuation du bruit diastolique. Le teint du malade s'est éclairci.

Le 19, le malade exige sa sortie. Le cœur reste un peu dilaté; la pointe bat dans le 4^{me} espace intercostal à 8 centimètres à gauche de la ligne sternale. Le foie mesure $\frac{0 \times 11 \times 11}{0}$. La rate = 8 centimètres.

X. ÉTAT DU MALADE A LA SORTIE. — La fièvre intermittente est guérie; mais le malade devrait encore se soumettre pendant une semaine au moins à l'emploi de préparations toniques, telles que les pilules de fer et de quinine prescrites plus haut. L'état du cœur et de la rate l'indiquent.

OBSERVATION II.

**Rhumatisme articulaire aigu, Péricardite,
Guérison.**

(Observation recueillie par M. le docteur Ramlot, aide de clinique.)

Monceau

M. (Adolphe), 24 ans, peintre en bâtiments. Constitution bonne, tempérament lymphatique. — Entre à l'hôpital St-Pierre (salle 7, lit 5) le 12 décembre 1887.

I. ANTÉCÉDENTS. — A été atteint de rhumatisme articulaire aigu en 1882. — N'a plus été malade depuis. — Pas d'antécédents héréditaires.

II. Début. — Garde la chambre depuis quatre semaines pour un rhume. Début, il y a quatre jours, par douleur, raideur, gonflement et rougeur des articulations des membres inférieurs. Elles se sont dégorgées rapidement et les articulations des membres supérieurs ont été envahies. Fièvre, inappétence, urine uraté, selles régulières.

III. TRAITEMENT ANTÉRIEUR. — A pris chez lui une potion au salicylate de soude, à en juger par la réaction que l'urine donne par le perchlorure de fer (couleur violet-foncé).

IV. SYMPTOMES CONSTATÉS A L'ENTRÉE. — Il a de la fièvre (le soir 39°6). — Manifestations rhumatismales aux poignets, coudes et épaules. — Oppression.

V. EXAMEN DU MALADE A L'HOPITAL.

Teint pâle, anémié.

Respiration embarrassée par une toux sèche et courte.

Appareil respiratoire. — Tympanisme à la base droite en arrière, où il y a un peu d'affaiblissement respiratoire. Râles sibilants des deux côtés.

Appareil circulatoire. — Voussure à la région précordiale.

La matité est augmentée et atteint le bord droit du sternum. La pointe du cœur bat dans le 5^{me} espace intercostal à 8 centimètres à gauche de la ligne médiane. Les bruits du cœur sont sourds et éloignés; on les distingue à peine. — Léger frottement péricardique au centre précordial. Pas de frémissement cataire; pas de soulèvement de la région précordiale.

Le malade tousse sans expectoration et accuse à chaque accès de toux de la douleur précordiale.

Foie : $\frac{3.5 \times 9 \times 10}{+ 4.5}$

Pouls régulier, serré, à 116.

Voies digestives : Atonie; constipation de quatre jours.

Système nerveux : Surexcitation; angoisse; insomnie.

Urine : Uratée; ni albumine, ni sucre.

Température : de 38°3 (matin) à 39°6 (soir).

Articulations souffrantes : Gonflement limité aux articulations et se présentant comme des bourrelets circulaires rouges, tendus et douloureux. Dans les intervalles la peau est déprimée. Aux deux mains, la dépression du dos est très apparente entre les saillies formées aux poignets et aux articulations-métacarpo-phalangiennes.

VI. DIAGNOSTIC. — **Rhumatisme articulaire aigu.**

VII. NATURE DE LA MALADIE. — *Siège dans le système endothélial, dont les divers domaines peuvent être envahis (séreuses articulaires, tendineuses, viscérales, vasculaires).*

VIII. DIAGNOSTIC AVEC L'ARTHRITE AIGÜE.

1. **Marche :** L'arthrite aiguë est fixe; le rhumatisme articulaire aigu est mobile et se déplace avec une grande rapidité d'une articulation à une autre.

2. **Manifestations viscérales :** Fréquentes dans le rhumatisme articulaire aigu, rares dans l'arthrite; dans ce dernier cas, ne sont ni précédées ni suivies par du soulagement articulaire.
3. **Lésions anatomiques :** Débute par le derme dans l'arthrite, par l'endothélium dans le rhumatisme articulaire aigu.
4. **Antécédents personnels et héréditaires.**

IX. ÉLÉMENTS DE GRAVITÉ.

1. Hyperpyrexie.
2. Endocardite.
3. Hydrothorax.
4. Symptômes cérébraux.

X. TRAITEMENT.

1. Comme indication principale, il y a lieu d'administrer l'acide salicylique.

R. Acid. salicylic 10 gr.

Div. in dos. aeq. n° xx.

Huit poudres à prendre dans les 24 heures à intervalles égaux.
A administrer dans des hosties.

2. Comme calmant, recourir à des lotions des parties souffrantes avec un liniment.

R. Olei. camom. camph. 30 gr.

Laud. liq. Syd. 6 gr.

Chloroform. 4 gr.

Us. ext.

Recouvrir les parties de ouate.

3. Le retard des selles de quatre jours indique un lavement évacuant.
4. Diète absolue.

XI. MARCHÉ DE LA MALADIE.

14 décembre 1887. Bruits du cœur beaucoup plus distincts; frottement péricardique plus net.

Le malade tousse sec. Tympanisme à la base droite en arrière, où il y a affaiblissement respiratoire. — Même traitement.

15 décembre. Beaucoup moins de douleurs articulaires. Le teint reste pâle et bouffi. Rien d'anormal dans l'urine.

16 décembre. Ne se plaint plus de douleur que dans les épaules. — Bouillon, lait.

18 décembre. Le progrès continue. — Bouillon, lait + 100 gr. de viande.

19 décembre. Le malade exige sa sortie malgré notre avis.

La voussure précordiale persiste, le cœur bat dans le 5^{me} espace intercostal à 10 centimètres à gauche de la ligne sternale. Frottement péricardique couvrant la systole et le petit silence. Le

$$\text{foie} = \frac{3 + 11 + 11}{+ 1}.$$

La température a suivi la marche indiquée ci-après :

DATE.	MATIN.	SOIR.
—	—	—
12 décembre 1887. . . .	—	39.6
13 —	39.0	39.0
14 —	38.2	38.8
15 —	38.4	39.0
16 —	37.8	38.2
17 —	37.8	37.7
18 —	37.8	37.6
19 —	37.5	—

XII. RÉFLEXIONS. — Le malade quitte l'hôpital trop tôt. La manifestation péricardique du rhumatisme n'est pas guérie. Il est probable qu'il reviendra bientôt dans un état plus sérieux que celui que nous avons réussi à enrayer pendant son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION III.

Pleurésie aiguë gauche (2^{me} atteinte),
Thoracentèse. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Nauwelaerts, interne du service.)

Hallemans *Vanderzoer*

Marie H, épouse V, âgée de 25 ans, constitution bonne, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 37, lit 15) le 17 décembre 1887.

Elle a cinq enfants, dont deux sont morts en bas âge. Le dernier accouchement date de six mois; elle a nourri son enfant jusqu'au début de sa maladie; la sécrétion lactée s'est tarie à ce moment. Réglée il y a trois semaines.

Pas d'antécédents héréditaires.

I. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

A été en traitement (salle 37, lit 13) du 8 décembre 1885 au 29 décembre 1885 pour pleuro-pneumonie aiguë gauche avec épanchement; elle était alors enceinte de 5 1/2 mois. La marche de la maladie avait été rapide et favorable; mais la malade avait quitté l'hôpital trop tôt, le 29 décembre 1885; l'épanchement n'avait pas complètement disparu. Le traitement avait consisté en potion au tartre stibié (5 centigr.) avec extrait thébaïque (5 centigr.); plus tard vésicatoire et potion à l'extrait de quinquina.

La température avait donné à cette époque la marche suivante :

DATE		MATIN.		SOIR.	
—		—		—	
8	décembre 1885. . . .	IV.	—	40.	
9	—	V.	39.8	40.	
10	—	VI.	39.4	40.	
11	—	VII.	39.0	39.	
12	—	VIII.	37.4	38.6	
13	—	IX.	37.0	38.2	
14	—		37.0	37.8	
15	—		37.0	37.6	
16	—		37.4	37.2	

L'analyse de l'urine avait donné les chiffres suivants :

DATE.		QUANTITÉ.	URÉE.	CHLORURE.	AC. PHOS.	RÉGIME.
—		—	—	—	—	—
11	décembre 1885. VII.	900	21.03	0.90	0.72	D. A.
12	— VIII.	600	16.82	0.24	0.22	
13	— IX.	800	24.12	0.72	0.56	2 laitages.
14	— X.	600	19.58	0.60	1.74	
16	— XII.	1,000	20.10	1.25	1.20	Bouillon.
19	—	800	19.70	3.60	2.00	100 gr. viande.
20	—	700	13.54	8.40	1.36	
21	—	1,200	15.07	12.00	1.22	
22	—	1,500	17.33	15.75	1.60	

Ces tableaux sont des plus instructifs; ils nous renseignent, en effet, que la marche de la température dénote l'existence d'une pneumonie qui a suivi la marche habituelle et qui est arrivée à résolution au septième jour de son évolution (le 11 décembre 1885). La pleurésie a persisté avec tendance à s'étendre jusqu'au 15; ce n'est qu'à partir de cette date que l'élévation du chiffre de la chlorurie nous a rassuré sur la marche de la pleurésie, en nous révélant l'extinction du travail morbide. Cette élévation a succédé à l'emploi du vésicatoire et s'est maintenue depuis.

II. DÉBUT DE LA MALADIE ACTUELLE : La malade garde le lit depuis le 14. Début par des frissons répétés, toux sèche et douleur du côté gauche de la poitrine, s'exaspérant par la toux.

III. TRAITEMENT ANTÉRIEUR : S'est bornée à garder le lit.

IV. EXAMEN DE LA MALADE A SON ENTRÉE : Teint pâle, anémié. — Oppression. — Toux sèche et brève.

Symptômes à l'entrée. — Examen de la poitrine :

	A GAUCHE.	A DROITE.
Inspection.	Rétraction surtout à la base. Le côté se soulève à peine par la respiration.	Exagération de voussure. Se soulève davantage par la respiration
Palpation.	Diminution considérable des vibrations vocales.	Exagération des vibrations.
Percussion.	Matité partout, en arrière, avec perte d'élasticité. Tympanisme sous-claviculaire.	Tympanisme. Élasticité conservée. Submatité sous-claviculaire.
Auscultation de la respiration.	En avant , respiration supplémentaire. En arrière , souffle bronchique sus-épineux. Absence de tout bruit à la base, où l'on distingue un léger frottement pleural.	En avant , respiration supplémentaire avec râle sibilant et expiration prolongée. En arrière , respiration supplémentaire, mêlée de râle sibilant.
Auscultation de la voix.	Voix de polichinelle à l'angle de l'omoplate.	En avant , léger retentissement vocal sous-claviculaire. Rien en arrière.

CŒUR. — Battements très faibles; on ne distingue pas à la vue ni au toucher le siège de la pointe du cœur. A l'auscultation, on la trouve dans le quatrième espace intercostal à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane sternale. Le bord droit du cœur atteint le bord droit du sternum.

Pas de bruit morbide.

Expectoration : Visqueuse, spumeuse, muco-purulente.

Intestins : Ballonné; tendance à la constipation.

Sécrétion rénale : Urine jaune orangée, acide, à nuages de mucus, densité 1.035; légère réaction biliaire; ni albumine ni sucre.

V. DIAGNOSTIC ANATOMIQUE : Épanchement liquide dans la plèvre gauche.

VI. DIAGNOSTIC MÉDICAL.

L'épanchement peut être :

1. Hydropique.
2. Purulent.
3. Hématique.
4. Inflammatoire.

L'examen des symptômes permet de conclure que l'épanchement liquide est dû à une pleurésie aiguë.

Il y a compression du poumon gauche avec commencement de refoulement du cœur. — Fonction supplémentaire du poumon droit, avec bronchite à droite et embarras respiratoire pulmonaire sous-claviculaire droit.

VII. ÉLÉMENTS DE GRAVITÉ.

1. Abondance de l'épanchement.
2. Refoulement du cœur à droite.
3. Atelectasie pulmonaire (mort subite).
4. Complication inflammatoire au sommet droit.

VIII. TRAITEMENT DE LA MALADIE.

Le traitement a pour but :

1. D'arrêter le travail inflammatoire de la plèvre.
2. De faire résorber l'épanchement.
3. De rétablir la fonction du poumon gauche.

Arrêter le travail inflammatoire :

a) Nous prescrivons les sudorifiques.

R. Infus. flor. sambuc. off. 200 gr.

Nitrat. kal. 3 gr.

Roob sambuc. 30 gr.

Une cuillère à soupe toutes les deux heures.

b) Repos au lit et diète. Thé pectoral tiède. — Température 17° dans la chambre.

Les deux autres indications ne pourront être remplies que quand l'inflammation sera enrayée.

IX. MARCHE DE LA MALADIE.

18 décembre 1887 (V). La température du soir est à 40°; celle du matin à 39.6. — Persistance de tous les symptômes; nuit agitée. Expectoration visqueuse, fortement aérée. Pas de selles. — Potion sureau. D. A.

19 décembre (VI). L'épanchement augmente; la pointe du cœur est à 3 centimètres de la ligne sternale médiane. Expectoration visqueuse un peu plus purulente. Pas de selles. — (Lavage. — Vésicatoire, ligne axillaire gauche.)

20 décembre (VII). — Aggravation des symptômes; température du soir 40°,4.

21 décembre (VIII). L'épanchement augmente; la pointe du cœur est refoulée jusqu'à la ligne sternale médiane, et le bord droit du cœur dépasse de 1 centimètre le bord droit du sternum. L'égophonie distincte persiste, mais elle a perdu le caractère de la voix de polichinelle.

22 décembre (IX).

23 décembre (X).

24 (XI). La matité s'étend en avant jusque sous la clavicule gauche.

Ponction thoracique : pratiquée par M. Ramlot dans le 6^e espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire médiane. Elle donne issue à 650 cc. d'un liquide rougeâtre assez consistant qui se coagule rapidement; l'écoulement s'arrête brusquement malgré l'aspiration (appareil Potain). L'évacuation du liquide soulage beaucoup la malade; mais la quantité retirée est insuffisante pour dégager complètement la respiration.

Immédiatement après la ponction, on constate du tympanisme sous la clavicule gauche et du râle ronflant; matité à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. Respiration supplémentaire dans la fosse sus-épineuse gauche; souffle tubaire dans toute la partie inférieure, surtout intense à l'angle de l'omoplate. Pas de trace de râle crépitant. — Bouillon.

25. La diminution de matité ne s'est pas maintenue; tous les symptômes fournis par l'exploration de la poitrine sont revenus, comme avant la ponction. Mais la respiration est plus libre et toute trace de cyanose a disparu; pouls régulier, serré, à 124. Une selle.

26. L'épanchement a un peu diminué. La respiration reste rude avec expiration prolongée sous la clavicule droite.

A partir de ce moment, l'épanchement a graduellement décréu; mais la marche décroissante a été très lente. Le travail de résolution a été favorisé par l'application de teinture d'iode sur le côté gauche du thorax et par l'administration de l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme par jour dans 200 grammes d'eau de cannelle.

3 janvier 1888. La pointe du cœur bat dans le 5^{me} espace intercostal à 4 centimètres à gauche de la ligne sternale médiane. Peu à peu des bruits bronchiques (râles muqueux) se sont mêlés au souffle tubaire et ils sont devenus graduellement plus distincts.

Ce n'est que le 18 janvier que la vibration thoracique a commencé à se montrer ; en même temps on a perçu pour la première fois du murmure vésiculaire. Le souffle bronchique était refoulé dans la gouttière vertébrale gauche et l'égophonie ne se percevait plus guère que là.

Le 22, nous observons du frottement pleural du côté gauche.

Il n'y a plus eu de complication dans la marche de la maladie, sauf un embarras gastrique passager le 15 février.

La malade a été gardée à l'hôpital par précaution jusqu'au 18 février. Elle est sortie complètement guérie. La respiration toutefois était un peu plus faible à gauche.

X. TEMPÉRATURE.

La marche de la température est indiquée dans le tableau ci-après :

DATE.	MATIN.	SOIR.
—	—	—
17 décembre (IV)	39.0	40.0
18 —	39.8	40.0
19 —	38.0	40.4
20 —	39.4	39.6
21 —	39.4	40.0
22 —	39.8	39.6
23 —	39.4	40.0
24 —	40.0	40.0 (ponction)
25 —	38.6	39.2
26 —	39.0	39.0
27 —	38.2	38.8
28 —	38.0	39.2
29 —	37.6	39.2
30 —	38.0	39.2
31 —	38.8	38.8

A partir du 1^{er} janvier, elle a oscillé de 38 à 39° jusqu'au 8 janvier ; depuis lors elle n'a plus dépassé 38°4.

L'analyse de l'urine n'a pas pu être faite quantitativement au début à cause de la difficulté de la récolte : nous n'avons pu commencer à la recueillir qu'à partir du 2 janvier ; à cette époque le chiffre

des chlorures était déjà remonté à une moyenne de 6 à 7 grammes par jour, ce qui impliquait la fin de la période inflammatoire.

XI. RÉFLEXIONS.

1. Le cas présentait une gravité plus grande que d'ordinaire, parce que la malade avait eu antérieurement une pleuro-pneumonie aiguë gauche avec épanchement. A cette époque, en décembre 1885, il n'avait pas fallu recourir à la thoracenthèse; l'épanchement était moins abondant que cette fois-ci; c'étaient les symptômes de pneumonie qui avaient dominé. Toutefois, la malade pressée par les besoins de son ménage, avait quitté l'hôpital trop tôt, alors que les signes de la pleurésie persistaient encore assez pour nous inspirer des réserves.

La période inflammatoire de la pleurésie avait disparu; l'épanchement était résorbé, mais le poumon n'avait pas encore repris sa fonction d'une manière complète. Or c'est un point des plus importants dans le traitement de la pleurésie; celle-ci ne peut être considérée comme guérie que quand le poumon a repris définitivement son expansion. Jusque-là il y a danger de voir se développer plus tard des accidents qui revêtent fréquemment le caractère tuberculeux.

Ces craintes se sont accentuées quand nous avons constaté l'état du sommet droit; la rudesse respiratoire et l'expiration prolongée sont des signes des plus graves chez les sujets qui ont souffert antérieurement de pleurésie et qui ont abandonné trop tôt le traitement médical.

On ne peut pas le répéter assez, le traitement de la pleurésie doit dépasser de beaucoup la période aiguë de la maladie, si l'on veut prévenir certainement la tuberculose pulmonaire.

Ce traitement doit consister dans l'emploi de l'huile de foie de morue et dans la gymnastique respiratoire.

2. Si l'on compare les deux atteintes chez notre sujet, on voit que la première a intéressé surtout le poumon gauche et la seconde la plèvre gauche. Cette double manifestation est un signe sérieux qui doit nous inspirer des craintes de tuberculose pour l'avenir. Celles-ci sont justifiées encore par la fréquence des grossesses (5 enfants à l'âge de 25 ans).

3. La ponction a été pratiquée dans la seconde atteinte comme opération d'urgence. Le cœur était refoulé vers le sternum, la respiration était très embarrassée et il y avait un commencement de cyanose.

Elle a été pratiquée au siège d'élection (6^e espace intercostal sur la ligne axillaire médiane) au moyen de l'appareil de Potain.

Elle n'a donné issue qu'à 650 cc. de liquide, mais le soulagement a été très prononcé et durable.

Le liquide obtenu était rougeâtre, mêlé de sang et s'est coagulé très rapidement; nous attribuons en partie la faible quantité de liquide retiré à la coagulation intra-pleurale de la majeure partie de l'épanchement, et c'est à cette circonstance que nous attribuons la lenteur de la disparition du souffle tubaire.

La qualité hématique du liquide nous a fait craindre au moment de l'opération la transformation purulente ultérieure de ce qui restait dans la plèvre; cette crainte n'a pas été réalisée.

4. Le traitement médical a consisté surtout dans l'emploi du tartre stibié à faible dose (5 centigr.) associé à l'extrait thébaïque. L'observation nous a démontré que ce moyen jouit dans les cas d'épanchement pleural de propriétés résolutes réelles, surtout quand ce dernier s'accompagne, comme c'est presque toujours le cas, d'irritation ou de congestion pulmonaire.

Plus tard nous avons eu recours à la révulsion par la teinture d'iode et à l'usage interne d'iodure de potassium à faible dose (1 gramme par jour).

Nous avons terminé le traitement par l'extrait de quinquina et nous avons conseillé à la malade de continuer pendant longtemps l'usage de l'huile de foie de morue.

5. Le long séjour qu'elle a fait à l'hôpital s'explique d'abord par la lenteur de la résolution et puis par la nécessité de la tonifier avant de la laisser s'exposer aux causes débilitantes qu'elle rencontrait chez elle.

OBSERVATION IV.

*Pleuro-pneumonie droite aiguë, Abscès
pulmonaire. — Guérison.*

(Observation recueillie par M. Nauwelaers, interne du service).

Vande Noodelaer

Élisabeth V. . . . , 51 ans, ménagère. Constitution bonne, tempérament nerveux. — Entre à l'hôpital (salle 35, lit 14), le 15 décembre 1887.

I. ANTÉCÉDENTS. — A eu 8 enfants. — Ménopause il y a 4 ans.

II. DÉBUT. — Malade depuis le 11 décembre 1887. Début par de la fièvre, des frissons qui se sont répétés depuis plusieurs fois par jour, des douleurs dans le dos et dans la moitié droite de la poitrine, de la toux avec expectoration rougeâtre; selles régulières.

III. TRAITEMENT ANTÉRIEUR. — Potions diverses.

IV. SYMPTOMES CONSTATÉS A L'ENTRÉE A L'HOPITAL.

État de la poitrine : Rien au cœur.

	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.
Inspection.	Voussure de la moitié inférieure, dépression relative au sommet.	Développement uniforme.
Palpation.	Vibrations augmentées au sommet, abolies à la base. Élasticité abolie à la base, diminuée au sommet.	Vibrations normales. Élasticité diminuée dans toute l'étendue.
Percussion.	En arrière , matité de tout le côté droit, relative au sommet, absolue à la base. En avant , tympanisme sous-claviculaire.	Sonorité normale au sommet. Tympanisme dans la moitié inférieure.
Auscultation respiratoire.	En arrière , râles sous-crépitaux au sommet, souffle tubaire à l'angle de l'omoplate. Respiration muette base, En avant , respiration supplémentaire.	Respiration supplémentaire.
Auscultation de la voix.	Voix de polichinelle à l'angle de l'omoplate.	Rien.

La toux est très pénible. L'expectoration est muco-purulente, rouillée et aérée.

V. DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — Suppression de la fonction respiratoire dans les lobes moyen et inférieur du poumon droit.

VI. DIAGNOSTIC MÉDICAL. — L'existence de frissons au début, de fièvre, de douleur dans le thorax droit, de crachats rouillés, de matité avec absence de vibrations des parois thoraciques et perte d'élasticité, permet de conclure à une pleuro-pneumonie aiguë intéressant les lobes moyen et inférieur du poumon droit.

VII. ÉLÉMENTS DE GRAVITÉ.

1. Hépatisation grise.
2. Atelectasie.
3. Abondance extrême de l'épanchement.
4. Asphyxie mécanique.

VIII. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE.

La pneumonie aiguë, sans complications, suit dans son évolution favorable une marche progressive jusqu'au septième jour à partir du début de la maladie.

La défervescence est accusée par le râle crépitant de retour et la chute de la température.

Exceptionnellement le râle crépitant de retour s'entend le cinquième ou le neuvième jour.

Le travail de résorption de l'épanchement pleural est beaucoup plus lent.

IX. TRAITEMENT.

1° Indications :

1. Favoriser l'expectoration.
2. Soulager la douleur de côté.
3. Dictées par les complications.

2° Formules :

Favoriser l'expectoration par :

R. Mucil. gum. arab. 200 gr.
Tartar. emetic. 5 centigr.
Extr. thebaïc. 5 centigr.,

à prendre en 24 heures par cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Soulager la douleur de côté par des embrocations calmantes ou par une injection de chlorhydrate de morphine. — Diète absolue.

Comme boisson, thé pectoral.

Température à 47° centigrades dans la chambre.

X. MARCHE DE LA MALADIE.

18 décembre 1887 (VII^e jour). Souffle tubaire dans les $\frac{3}{4}$ inférieurs du thorax droit, mélangé tout en bas de râle crépitant (de retour?) — Pectoriloquie distincte à l'angle de l'omoplate, ayant perdu le caractère de la voix de polichinelle. — Pouls régulier, mou, à 104. — Pas de selles. — Potion tartre stibié. — Thé pectoral. — Diète.

L'expectoration s'est modifiée; elle est devenue jus de pruneaux. Ce caractère nous fait craindre l'existence d'un foyer de suppuration, qui compliquerait la pneumonie. L'affaissement de la malade qui s'est accentué nous confirme dans cette opinion.

19 décembre (VIII^e jour). La fièvre persiste au même degré. L'expectoration garde le même caractère de coloration; elle reste facile. Affaissement progressif. Tympanisme base droite en arrière, où il y a du souffle tubaire, mêlé à du râle crépitant; pectoriloquie surtout évidente à l'angle de l'omoplate, quand la malade parle à voix basse. — On ne distingue pas encore de signe d'un foyer d'abcédation; son existence nous paraît probable.

Pas de selles.

R. Aq. fl. til. 200 gr.

Ether. nitric. 3 gr.

Tinctur. cinnam. 2 gr.

Par cuillère à soupe toutes les heures.

20 décembre (IX^e jour). La prostration de la malade persiste. La chlorurie baisse encore. Ce signe et la persistance de la fièvre, à ce jour, dénotent que la pneumonie s'est compliquée. Nous persistons à croire à un abcès profond, dont nous ne parvenons pas à préciser le siège. — Lavement. — Bouillon.

21 décembre (X^e jour). Persistance des symptômes aigus. A l'examen de la poitrine, tympanisme à la base droite où il y a du râle crépitant. Matité absolue et absence de toute vibration vocale à l'angle de l'omoplate droit, où l'on entend aujourd'hui pour la première fois du gros râle muqueux, mêlé de souffle (râle cavernu-

leux). L'existence d'un foyer d'abcédation, ouvert dans la bronche, est donc confirmée. Le pronostic est devenu plus favorable. L'expectoration reste facile. Peu de fièvre.

22 décembre (XI^e jour). L'affaissement est moins prononcé; l'expectoration facile est moins colorée; elle est plus purulente. La chlorurie augmente et la fièvre est peu marquée. Nous entrons dans la période de réparation. — Bouillon. — Lait.

23 décembre (XII^e jour). La malade est ranimée. L'expectoration est purulente, nummulaire. Matité et râle cavernuleux persistants à l'angle de l'omoplate droit. Frottement pleural crépitant à la base où il y a du tympanisme. — Lavement.

La maladie a suivi une marche régulièrement décroissante. Le 30, l'expectoration est devenue muco-purulente. Convalescence.

La marche de la convalescence a été lente et irrégulière. Parfois l'expectoration faisait complètement défaut, pour reparaitre après quelques jours; cela tenait à ce que l'ouverture bronchique de l'abcès s'oblitérait par suite du travail de cicatrisation; elle s'élargissait de nouveau quand le pus s'était accumulé en quantité suffisante dans le foyer d'abcédation.

La malade est sortie complètement remise le 27 février 1888.

XI. MARCHE DE LA TEMPÉRATURE.

Date	Jour de la maladie.	Matin.	Soir.
15 décembre 1887.	IV	—	40.4
16 —	V	40.0	39.4
17 —	VI	39.0	40.0
18 —	VII	39.6	40.0
19 —	VIII	39.0	39.4
20 —	IX	38.4	39.4
21 —	X	37.0	37.2
22 —	XI	37.0	37.3

A partir de ce jour, la température n'a pas dépassé 37°8.

XII. ANALYSE DE L'URINE :

Dates.	Quantité.	Urée.	Chlorure.	Ac. phosph.	Régime.
—	—	—	—	—	—
17 déc. 1887, VI ^e jour.	600	15.37	0.60	0.96	Diète.
18	Manque.	0.00	0.00	0.00	
19	400	8.44	0.90	0.24	
20	800	17.08	0.60	0.48	Bouillon.
21	800	18.08	0.40	0.64	
22	900	19.90	0.45	0.72	Bouillon et lait.
23	1,200	16.88	1.20	0.48	
24	800	11.05	0.80	0.48	
25	Manque.	0.00	0.00	0.00	
26	2,000	12.06	3.00	0.80	

III. RÉFLEXIONS.

1. La malade a été atteinte de pneumonie aiguë des lobes moyen et inférieur du poumon droit, avec épanchement pleural remplissant la moitié de la plèvre.

La marche a été régulière, mais le travail de résolution a été enrayé un moment par la présence d'un noyau de suppuration vers la partie moyenne du poumon.

L'existence de ce noyau s'est manifestée par la persistance de la fièvre au delà du septième jour, par la couleur jus de pruneau des crachats à partir du 18 et par les râles cavernuleux entendus le 21 à l'angle de l'omoplate. Plus tard les crachats ont été purulents et nummulaires, ce qui caractérise encore la formation d'un foyer d'abcédation. Ce foyer est resté limité ; si un travail du même ordre avait envahi toutes les zones enflammées, la malade aurait probablement succombé à l'hépatisation grise.

C'est à la production de ce foyer que nous attribuons le maintien de l'hyperthermie jusqu'au dixième jour.

Il résulte de là que l'apparition des crachats jus de pruneau n'annonce pas nécessairement l'hépatisation grise; celle-ci ne doit être admise que si les crachats deviennent purulents et diffluent.

2. L'analyse de l'urine a dénoté l'existence du processus inflammatoire jusqu'au 25.

L'hypo-chlorurie n'a disparu que le 26, alors que l'alimentation de la malade était commencée depuis le 20.

3. L'existence du foyer de suppuration localisé dans la partie moyenne du poumon a rendu la convalescence de la malade plus longue qu'elle ne l'est d'habitude. Ces foyers, d'habitude, ont une marche lente et leurs symptômes affectent parfois une irrégularité, qui tient à ce que le foyer se vide inégalement par l'ouverture bronchique.

OBSERVATION V.

***Fièvre typhoïde contractée par contagion
chez un sujet atteint antérieurement de
variole. — Guérison.***

(Observation recueillie par M. Bonnevie, externe du service.)

Le nommé Gustave L. . . . , âgé de 24 ans, passementier, constitution bonne, tempérament nerveux. — Entre à l'hôpital S^t-Pierre (salle 9, lit 9) le 8 janvier 1888.

Sa femme est actuellement convalescente d'une fièvre typhoïde puerpérale; le mari a continué à coucher dans le même lit que la malade.

Il est souffrant depuis 9 jours.

Les symptômes de la maladie ont été des plus intenses, mais sans complications. L'éruption a été très abondante, ainsi que la diarrhée. — L'épistaxis s'est reproduit à différentes reprises, et même au treizième jour de la maladie.

Le traitement a consisté dans les prescriptions suivantes :

1. Diète absolue.
2. Tisane de l'hôpital.
3. Lotions froides vinaigrées répétées quatre fois par jour sur tout le corps.
4. La potion suivante :

Mucil. rad. salep. 200 gr.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes ont évolué favorablement, mais vers le quatorzième jour, il s'est formé des furoncles aux fesses et ils ont bientôt amené un abcès assez étendu.

La diète absolue a été maintenue jusqu'au quinzième jour de la maladie. Comme la marche de l'affection était des plus régulières, on lui a accordé à ce jour du bouillon.

Le lendemain, aggravation de tous les symptômes et apparition pour la première fois de désordres nerveux graves, délire la nuit, selles et urine involontaire. En même temps la température, qui était tombée au-dessous de 39°, est remontée à 39°8 et le teint est devenu cyanosé. Rien à la poitrine en dehors des râles secs.

A quelle cause doit-on attribuer cette aggravation ?

Nous ne l'attribuons pas au bouillon, dont nous avons continué l'usage, mais à des abcès qui se sont formés au sacrum et qu'il a fallu débrider.

A partir du moment où l'aggravation s'est produite, la diarrhée a été remplacée par de la constipation. C'est une circonstance aggravante, surtout quand elle se produit vers le moment de la chute des escharres intestinales.

Nous avons remplacé le mucilage de salep par la potion suivante :

Sulfat. sod. 5 gr.

Aq. com. dist. 200.

Comme elle ne ramenait pas de selles, nous avons eu recours en même temps à un lavement évacuant simple quotidien.

L'incontinence d'urine a disparu à partir du vingt-cinquième jour ; en même temps le teint est redevenu normal.

Le 25 janvier (XXVII^e jour), le malade a commencé à maigrir rapidement et les taches rosées lenticulaires qui étaient restées très apparentes ont pâli.

Le 27 janvier (XXIX^e jour), nous avons accordé 100 gr. de viande.

Le 1^{er} février, il y a eu pendant la nuit un accès d'oppression très forte, qui a cédé rapidement à une potion antispasmodique et ne s'est

plus reproduit. L'exploration de la poitrine et du cœur n'a pas relevé de lésion de ces organes.

Nous avons prescrit :

Extr. cort. per. fl. 3 gr.

Mucil. gum. arab. 200.

L'urine a été analysée à différentes reprises; on n'y a rencontré ni albumine, ni sucre.

La chute des cheveux s'est produite dès la fin de janvier; la tête a été rasée trois fois, lavée au savon de soude et on a appliqué sur le cuir chevelu la pommade Dupuytren pour favoriser la pousse des cheveux :

Acétate de plomb, 1 gr.

Baume du Pérou, 8 gr.

Alcool à 24° — 30.

Teint de canthar., 1.20 gr.

— girofles, 75 centigr.

— cannelle, 75 centigr.

Moelle de bœuf, 125 gr.

Pommade de rose, 125 gr.

Huile d'olive, Q. S.

Le malade est sorti guéri le 9 mars 1888.

Nous signalons une particularité importante : le malade portait à la face et sur le corps les traces d'une variole très abondante dont il a été atteint il y a quelques années.

TEMPÉRATURE :

	Dates.		Matin.	Soir.
	—		—	—
8	janvier 1888. X		—	39.8
9	— XI		39.4	40.2
10	— XII		39.0	40.4
11	— XIII		39.4	39.8
12	— XIV		38.9	39.4
13	— XV.		38.0	39.0
14	— XVI		38.0	38.4
15	— XVII		38.1	38.5
16	— XVIII.		38.7	38.4
17	— XIX		38.0	39.8
18	— XX.		38.6	38.8
19	— XXI		38.6	39.3
20	— XXII		38.0	39.2
21	— XXIII.		39.4	39.2
22	— XXIV.		39.0	38.4
23	— XXV		38.0	39.2
24	— XXVI.		38.4	39.6

A partir du 25 elle a oscillé entre 37°4 et 38°6.



OBSERVATION VI.

voir tome XI, p. 72

***Pyléphlébite chez une nourrice à la suite
d'une émotion morale vive.***

(Observation recueillie par M. Van Campenhout, externe du service).

De Mol 37
Rosalie D., âgée de 33 ans, journalière, constitution bonne, tempérament nerveux, entre à l'hôpital St-Pierre le 2 février 1888 (salle 35, lit 12).

- I. ANTÉCÉDENTS.** — A trois enfants; le dernier âgé de 4 mois; elle l'a allaité jusqu'il y a 15 jours. Pas de maladie antérieure; a toujours joui d'une bonne santé.
- II. DÉBUT BRUSQUE,** il y a 15 jours, à la suite d'une frayeur vive. La sécrétion lactée a été brusquement arrêtée. La malade a ressenti des douleurs de tout le ventre; celui-ci est devenu très volumineux en peu de temps. La malade n'a pas eu de jaunisse, ni nausées, ni vomissement, ni diarrhée, ni palpitation, ni toux.
- III. TRAITEMENT ANTÉRIEUR.** — Repos chez elle.
- IV. SYMPTOMES A L'ENTRÉE.** — Décubitus dorsal, en position demi-assise. Teint légèrement bruni, en rapport avec la couleur noire des cheveux. Conjonctives légèrement subictériques. Pas d'oppression ni de palpitation.

Ascite considérable, sans œdème notable des membres inférieurs; il y a eu de l'œdème très modéré les jours précédents, quand la malade restait levée; mais il a été consécutif à l'ascite et a disparu presque complètement par douze heures de repos au lit.

Veines sous-cutanées abdominales saillantes.

A la palpation le ventre est souple partout, mais l'abondance du liquide ne permet pas de constater la présence d'une tumeur. Légère douleur à la pression de la région parasternale hépatique; à ce niveau en déprimant profondément la paroi abdominale, on détermine une douleur plus vive et on parvient à constater un engorgement dur qui paraît au toucher être constitué par le foie agrandi de volume.

Rien au cœur ni à la poitrine.

Retard des selles.

L'urine acide d'une densité de 1,010, ne renferme ni sucre ni albumine.

La rate mesure 15 centimètres de longueur sur la ligne axillaire médiane.

VI. DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — Obstacle au cours du sang dans le tronc de la veine porte.

VII. DIAGNOSTIC MÉDICAL PAR EXCLUSION.

Le diagnostic anatomique peut dépendre de plusieurs lésions :

- a) Extra-vasculaires.
- b) Intra-vasculaires.

A. Lésion extra-vasculaires. — Nous rencontrons ici :

- 1. Tumeurs du pancréas.
- 2. — pylore.
- 3. — mésentère.
- 4. — foie.

Le début brusque des accidents dans un état de santé parfaite jusqu'alors, nous permet d'exclure ces lésions.

B. Lésions intra-vasculaires. — Nous avons la *pyléphlébite* ou inflammation de la veine, donnant naissance à la thrombose de la veine porte.

C'est à ce diagnostic que nous devons nous arrêter en procédant par exclusion.

VIII. ÉLÉMENTS DE GRAVITÉ.

1. Développement rapide d'ascite et sa reproduction après la paracentèse abdominale.
2. Développement consécutif de sclérose hépatique.

IX. TRAITEMENT.

1. Avant tout agir sur la muqueuse intestinale. Lever la constipation par :
R. Olei ricini 30 gr., à prendre en une fois dans du café noir chaud.
2. Continuer à agir sur le tube digestif en entretenant une hyper-sécrétion de la muqueuse au moyen de purgatifs salins.
3. Recourir à la paracentèse quand l'ascite aura pris un développement de nature à gêner la respiration.

X. MARCHE DE LA MALADIE.

La marche de la maladie a présenté ceci de particulier : les désordres observés ont toujours été limités à la zone régie par le système porte et se sont traduits par de l'ascite qui a augmenté et de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales. A la palpation profonde, nous constatons que le foie est fortement engorgé, mais refoulé par le liquide de l'ascite. L'examen de la poitrine nous permet de constater de la matité et de la voussure à la base droite en arrière, avec absence de tout bruit d'auscultation à ce niveau, on peut donc attribuer ces symptômes au refoulement du poumon par le foie. Par moment, oppression assez forte, surtout quand la malade veut se lever.

Il y a eu pendant toute la durée de la maladie une tendance à la constipation ; ni nausée, ni vomissement.

La réaction a été modérée pendant toute la durée de la maladie. La température n'a pas dépassé 38°6.

Le foie a été considérablement engorgé jusqu'au 29 février ; jusque-

là du reste le teint de la malade était subictérique et de plus il y avait des douleurs sourdes dans l'épaule droite. Rachialgie modérée.

A partir du 29 février, on a constaté une diminution dans le volume du foie, sans amendement des symptômes d'insuffisance circulatoire du système porte. Le teint subictérique s'est même accentué.

Le 21 mars, la malade a accusé des pertes blanches, qui ont diminué par des injections vaginales d'eau de Goulard (25 gr. d'eau de Goulard par litre d'eau dégoûdée, température de 20 à 25° centigrades).

La malade a exigé sa sortie le 26 mars 1888.

XI. RÉFLEXIONS.

1. L'histoire de l'oblitération du système porte est bien connue au point de vue des symptômes consécutifs; le type le plus parfait des désordres qui se rattachent à cette cause est donné par les tumeurs cancéreuses du pylore ou du pancréas qui compriment le tronc de la veine porte, et par la sclérose atrophique du foie. Nous avons vu se produire ici la succession de ces symptômes, à l'exception de ceux qui se déclarent du côté des voies digestives.
2. L'étiologie de la pyléphlébite est moins bien connue; à ce titre l'observation actuelle présente de l'intérêt par son évolution extrêmement rapide à la suite d'une émotion morale vive chez une nourrice en lactation de 4 mois. L'absence de toute lésion au cœur et dans le reste de l'appareil circulatoire nous a permis d'exclure la thrombose.
3. Le foie a été intéressé, mais consécutivement à l'oblitération du système porte. Cette entreprise a été décelée par l'engorgement de l'organe, par le teint subictérique, par la douleur dans l'épaule droite, par l'engorgement de la rate. Il y a eu de la stase biliaire, mais les selles n'ont jamais été décolorées.

4. La malade n'était pas guérie à sa sortie de l'hôpital. L'ascite persistait toujours ainsi que l'état variqueux des veines sous-cutanées abdominales. En outre le teint subictérique était plus accentué.

Il est probable que sous l'influence de l'arrêt de la circulation porte, il se développera une forme de cirrhose du foie.

5. Le traitement ne pouvait être que palliatif.

La malade est revenue à l'hôpital
(Salle 37, lit 13) pour métrorragie. — Elle
était guérie. — Voir tome XI dans
l'observation de Stephanie Pecters.

OBSERVATION VII.

*Fièvre puerpérale.***RÉSUMÉ :**

Péritonite aiguë, terminée par un foyer de suppuration ouvert dans l'intestin. — Métro-ovarite. — Pleurésie aiguë double. — Pneumonie aiguë droite. — Guérison. — L'amélioration a débuté après l'ouverture du foyer de péritonite suppurée circonscrite dans l'intestin.

Sneyers (Observation recueillie par M. Bonnevie, ^{Van Haelewyck} externe du service.)

Thérèse S. . . . , épouse Pierre Van H. . . . , âgée de 27 ans, casquette, constitution forte, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 37, lit 5) le 28 décembre 1887.

Elle a eu cinq enfants; le dernier, né le 21 décembre, est mort le 23. Pas de sécrétion lactée.

Malade depuis l'accouchement. Le ventre est resté très tendu; il n'y a guère eu d'écoulement. La malade déclare que la délivrance a été bien faite.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Facies vultueux; expression abattue; fièvre vive. Le ventre est considérablement ballonné, par suite du développement de la matrice qui arrive à l'ombilic; guère de douleur à la pression; rétention d'urine. Au toucher vaginal on constate que le col utérin est entr'ouvert. Diarrhée. Pertes sanieuses. Urine uratée, 1.020; ni albumine, ni sucre.

Prescription :

Diète.

Extr. theb. 5 centigr.

Cathétérisme.

Muc. gg. arab. 200 gr.

29 décembre. Le ventre reste ballonné, indolore. Diarrhée persistante.

30 décembre. Langue sèche, rugueuse, raccornie au milieu. Tendances nauséuses. Trois selles. Le ballonnement est encore plus marqué.

31 décembre. Légère douleur à la pression du ventre, trois selles, nausées continuelles.

Depuis cette nuit, toux fréquente avec expectoration visqueuse verdâtre

	à droite.	à gauche.
Percussion.	Matité sous-claviculaire, sonorité ailleurs.	Tympanisme sous-claviculaire, matité en arrière.
Auscultation de la respiration.	Respiration supplémentaire.	En avant , respiration supplémentaire avec inspiration saccadée et expiration prolongée. En arrière , souffle bronchique partout.
Auscultation de la voix.	Normal.	En avant , bronchophonie diffuse au sommet. En arrière , voix de polichinelle à l'angle de l'omoplate.

TRAITEMENT.

Vesicatoire ligne axillaire gauche.

R. Tart. emetic. 5 centigr.

Extr. theb. 5 centigr.

Muc. gum. arab. 200.

1 janvier 1888. A déliré la nuit. Le ballonnement augmente. — Toux et expectoration toujours pleurétique, mais jaune verdâtre.

2 janvier. Langue chargée. Pas de selle de deux jours. Douleurs épigastriques. — Foie engorgé.

Olei ricin. 30 g.

3 janvier. Cinq selles. Le ballonnement persiste. Léger épanchement dans la plèvre droite.

4 janvier. Ballonnement et diarrhée. Épanchement dans les deux plèvres, plus abondant aujourd'hui à droite. Expectoration spumeuse muqueuse non sanguinolente. Langue épaisse à enduit jaunâtre. Pouls régulier, vibrant.

5 janvier. Langue sèche. Diarrhée et ballonnement. Râles muqueux, base droite en arrière, souffle tubaire à gauche.

6 janvier. Le souffle tubaire a diminué d'intensité à gauche. A la base droite, on n'entend que du frottement pleural humide. L'expectoration diminue.

L'état s'est maintenu le même jusqu'au 14. A cette date, souffrances plus vives et engorgement plus prononcé du foie.

Prescription : Ung. hyd. dupl. 30 gr.
Extr. atr. bellad. 2 gr.
et cataplasme.
R. Extr. theb. 5 centigr.
Muc. gum. arab. 200 gram.

15 janvier. La douleur du ventre persiste. Le souffle tubaire a presque disparu à gauche, on ne l'entend plus qu'à l'angle de l'omoplate. Partout ailleurs, frottement sous-crépitant.

17 janvier. Les souffrances épigastriques s'accroissent, surtout la nuit. Légère ascite. Pertes lochiales continuent.

19 janvier. La toux est plus vive; râle muqueux, base droite en arrière. Température oscille de 39 à 39°8.

Prescription : Empl. vesic.
lat. dextro.
R. Antipyrin 1 gr. 2 par jour.
R. Pot. à l'extrait thébaïque.

21 janvier. L'urine trouble, jaune blanchâtre, 1,018, renferme une faible proportion d'albumine.

22 janvier. L'administration de l'antipyrine a déterminé un abais-

sement de la température d'un degré; mais cet abaissement a été de courte durée. Dès le 22, le foie s'est engorgé, ainsi que la matrice; le 25 gonflement douloureux dans les deux fosses iliaques.

Antipyrine + pot. avec 10 centigr. d'extrait thébaïque
+ compresse de térébenthine sur la paroi abdominale.

28 janvier. La température du 27 au soir s'est élevée à 41°. Foyer de pneumonie avec épanchement à la base droite.

Tinct. iod. à droite.

30 janvier. L'épanchement pleural a diminué. Toux fréquente; expectoration rare, muqueuse visqueuse. Aggravation des symptômes de métr-oovarite.

Ung. hydrarg. dupl. 30 gr.

Extr. atrop. bellad. 2 gr. et catapl. sur le ventre.

31 janvier. Vomissements biliaires; ballonnement plus fort du ventre. L'engorgement de la fosse iliaque droite persiste; mais celui de la fosse iliaque gauche a diminué.

Les symptômes de métr-o-péritonite ont persisté les jours suivants; la température n'a pas dépassé 40°. L'antipyrine détermine une transpiration abondante, deux heures après son administration.

4 février. Nous accordons à la malade 50 grammes de viande à sucer.

L'état général des forces a beaucoup décliné; mais les symptômes abdominaux se sont un peu amendés; beaucoup moins de ballonnement; mais douleurs persistantes surtout à l'hypochondre gauche; diarrhée le 5.

La douleur de ventre s'est accentuée le 7, surtout pendant les selles. L'empâtement persiste, surtout prononcé dans le flanc droit.

Le 12, nous constatons un amaigrissement très rapide de la malade.

Le 14, la diarrhée est purulente et reste telle les jours suivants. A partir de ce moment les douleurs ont beaucoup diminué, pour disparaître complètement le 17 et la fièvre disparaît le 19. Les symptômes abdominaux ont graduellement diminué. Nous avons supprimé l'antipyrine, mais nous avons maintenu l'extrait thébaïque à la dose de 10 centigrammes par jour. La réapparition de diarrhée le 24 nous a fait ajouter à la potion 4 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Régime : 150 grammes de viande par jour.

Le 24 février il s'est produit de la bronchite avec toux très fatigante; râles sibilants partout, un peu de crépitation du côté gauche en arrière.

Le 11 mars, nous constatons un état général très satisfaisant; mais il persiste des troubles du côté de la poitrine. Douleur sous-claviculaire gauche, avec sonorité exagérée et respiration supplémentaire. Tympanisme sous-claviculaire droit, avec inspiration rude et expiration prolongée. En arrière matité aux deux bases où il reste un peu d'épanchement; matité sus-épineuse droite.

Teinture d'iode.

Le 14 mars, nous remplaçons la potion à l'extrait thébaïque par :

R. Mucil. gum. arab. 200 gr.

Extr. cort per. fl. 3 gr.

Une cuiller à soupe toutes les deux heures.

La malade pesait ;

le 5 mars 39 1/2 kil.

le 16 mars 40 1/2 kil.

le 19 mars 42 kil.

Elle est sortie guérie le 26 mars 1888, après trois mois de séjour.

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE :

Dates.		Matin.	Soir.
—	—	—	—
12 décembre 1887.	XIII jour	38.0	38.6
13	— XIV	38.4	39.0
14	— XV	38.0	39.2
15	— XVI	38.0	39.4
16	— XVII	38.2	40.0
17	— XVIII	38.3	39.7
18	— XIX	37.8	39.8
19	— XX	37.6	39.6
20	— XXI	38.0	38.4 (antipyrine)
21	— XXII	38.0	38.8
22	— XXIII	38.0	38.6
23	— XXIV	38.2	38.6
24	— XXV	38.6	40.0

Dates.		Matin.	Soir.
—		—	—
25 décembre 1887	XXVI jour. . . .	38.6	38.8
26	— XXVII	39.0	38.8
27	— XXVIII	39.0	41.0
28	— XXIX	38.0	40.0
29	— XXX.	38.4	40.6
30	— XXXI	39.4	40.4
31	— XXXII	39.0	39.6
1 janvier 1888.	XXXIII	39.2	39.5
2	— XXXIV	39.4	40.2
3	— XXXV	39.0	40.0
4	— XXXVI	38.8	39.6
5	— XXXVII. . . .	38.8	39.7
6	— XXXVIII	38.4	40.0
7	— XXXIX	38.6	39.6
8	— XL	39.0	39.0
9	— XLI	39.0	38.6
10	— XLII.	38.0	38.4
11	— XLIII.	37.9	39.0

La marche de la température a continué à être capricieuse jusqu'au 14 février, jour de l'ouverture du foyer de suppuration péritonéale dans l'intestin. A partir de ce jour, elle n'a plus guère dépassé 38.5 et est restée, peu de jours après, inférieure à 38°.

RÉFLEXIONS :

1. L'affection première qui a dominé toute l'évolution morbide décrite plus haut est la *fièvre puerpérale*.

Cette expression, que l'on a une tendance à supprimer des traités de nosologie, est un terme clinique par lequel on désigne l'état général d'un organisme puerpéral avec tendance à des inflammations suppuratives du côté de différents organes.

La cause de cette disposition est rapportée aujourd'hui à la présence dans l'économie de protozoaires venus du dehors.

2. La définition anatomique est multiple : elle part le plus souvent du péritoine, de la matrice et des ovaires, mais elle peut siéger dans tous les organes de l'économie.

3. Le sujet de l'observation a présenté les lésions anatomiques suivantes :

1. Métro-ovarite.
2. Péritonite purulente circonscrite ouverte dans l'intestin.
3. Pleurésie.
4. Pneumonie.
5. Bronchite.

Autant de manifestations d'une seule et même cause morbide et non pas autant de maladies.

4. Si nous cherchons, dans ce cas spécial, à dégager le facteur principal, nous le trouvons dans le foyer localisé de péritonite suppurée qui s'est ouvert dans l'intestin.

C'est à partir du 14 février que l'amélioration a débuté, c'est-à-dire à partir du moment où la malade a eu des selles purulentes. L'abcès péritonéal s'est vidé et sa guérison a amené la disparition des troubles généraux et locaux.

5. INDICATIONS DU TRAITEMENT.

Elles sont de deux ordres :

1. Principales.
2. Symptomatiques.

Indications principales.

Consiste dans la nécessité d'assurer le repos des organes abdominaux par l'administration de l'opium.

Cette indication est dictée par l'importance prépondérante de la péritonite dans le cours de la fièvre puerpérale. C'est le facteur le plus dangereux.

L'opium exerce une double action :

1. Immobilise le péritoine.
2. Régularise le système nerveux du grand sympathique.

Il doit être donné à dose élevée 10 à 15 centigr. d'extrait thébaïque par jour dans 200 gr. de mucilage de gomme arabique, et son emploi doit

être continué, une huitaine de jours, après la disparition des accidents aigus.

En même temps, on appliquera sur la paroi abdominale antérieure un cataplasme de farine de lin maintenu chaud par une toile gommée et placé à nu sur la peau.

En outre, onction avec la pommade :

Ung. hydrarg. duplic. 30 gr.

Extr. atrop. bellad. 2 gr.

Régime : Diète absolue. Boissons émoullientes (thé pectoral).

On a recommandé aussi les compresses de flanelle trempées d'huile essentielle de térébenthine appliquée sur le ventre.

Nous y avons eu recours dans ce cas et nous nous en sommes bien trouvé.

6. Indications symptomatiques.

Elles sont fournies par la nature des complications. Dans l'observation rapportée plus haut, elles ont été fournies par la pneumonie et la pleurésie, par la métrite et par l'ovarite.

Ces indications sont d'importance en général moindre que celle de la péritonite. Elles sont remplies en partie par l'administration de l'opium.

Elles peuvent nécessiter l'application de vésicatoire à la poitrine et l'addition d'une préparation expectorante à l'opium (kermès ou tartre stibié à dose expectorante).

7. Nous avons eu recours à l'antipyrine qui n'a pas déterminé grand effet dans ce cas. Il y a eu abaissement de température qui ne s'est pas maintenu.

8. Nous attribuons l'évolution favorable du cas à l'ouverture du foyer de péritonite suppurée dans l'intestin.

OBSERVATION VIII.

*Avortement.***RÉSUMÉ :**

Péritonite aiguë circonscrite. — Terminaison par l'ouverture d'un foyer purulent dans l'intestin. *Stevens.*

(Observation recueillie par M. Bonnevie, externe du service.)

La nommée Marie S , âgée de 35 ans, tailleuse, constitution bonne, tempérament sanguin, entre à l'hôpital Saint-Pierre (salle 36, lit 6) le 6 février 1888.

Elle a eu deux enfants, le dernier il y a deux ans et demi; elle était enceinte pour la troisième fois de trois mois et a avorté il y a quinze jours.

L'avortement a été précédé de frissons multiples, avec chaleur et transpiration. Depuis lors elle a toujours eu des douleurs de ventre. Elle a cependant repris son travail, par nécessité, deux jours après l'avortement et a continué à se lever jusqu'il y a trois jours. Elle a depuis gardé le lit.

Il y a trois jours, les douleurs de ventre se sont accentuées; il y a eu des vomissements répétés et une diarrhée abondante. On lui a appliqué en ville cinq sangsues à la région hypogastrique, de l'onguent mercuriel belladonné et un cataplasme émollient.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Figure exprimant la douleur; teint pâle, terne, lèvres et conjonctives décolorées; herpès labialis inférieur gauche. Guère d'oppression; décubitus dorsal; les cuisses non fléchies sur le ventre.

Les glandes mammaires ne sont pas engorgées; il n'y a pas eu de sécrétion lactée.

Ventre : Uniformément ballonné; douleurs continues, spontanées et vives, à paroxysmes irrégulièrement intermittents, s'accroissant par la pression la plus légère.

Impossible de déterminer l'état des organes abdominaux par la palpation ou la percussion. La douleur est surtout vive dans le flanc droit.

Le développement du ventre peut être dû :

1. A des tumeurs.
2. A du liquide.
3. A des gaz.

L'examen permet de constater que dans ce cas il est dû à des gaz intestinaux ; très légère quantité de liquide dans le péritoine.

L'haleine de la malade a une odeur aigrelette ; vomissements biliaires verdâtres.

L'urine uratée renferme une faible proportion d'albumine.

Rien à la poitrine ni au cœur.

Le toucher vaginal permet de constater un empâtement douloureux dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

La température ne dépasse pas 39°.

DIAGNOSTIC. — Péritonite aiguë généralisée avec prédominance dans la fosse iliaque gauche.

CAUSE. — Avortement. Nous ignorons si l'avortement a été spontané ou provoqué.

NATURE DE LA MALADIE. — Elle peut être :

1. Puerpérale.
2. Traumatique.

Cette dernière forme est généralement moins grave, en ce sens qu'elle a moins de retentissement sur les autres organes de l'économie.

Si nous tenons compte de l'intégrité des autres organes et de la température relativement peu élevée, nous croyons devoir rapporter la péritonite à une cause locale sans complication d'élément puerpéral.

TRAITEMENT.

1. Potion : Extr. thebaïc. 10 centigr.
Mucil. gg. arab. 200 gr.
2. Cataplasme émollient.
3. Pommade : Ung. hydrarg. dupl. 30 gr.
Extr. atrop. bell. 2 gr.
4. Diète absolue. Repos au lit. Boisson : thé pectoral.

8 février. La malade a eu du hoquet incessant jusqu'à 8 heures du soir; il s'est calmé dans la nuit et a disparu ce matin. N'a plus eu de vomissements. La douleur du ventre est moins vive, mais le ballonnement persiste.

9 février. L'amélioration se maintient.

11 février. A eu une selle purulente. Le ventre est devenu plus souple. L'engorgement que l'on avait constaté dans le cul-de-sac postérieur du vagin a disparu.

Les selles sont restées purulentes jusqu'au 18.

A cette date, nous avons accordé 100 grammes de viande.

La maladie a suivi une marche favorable.

Sortie guérie le 3 mars 1888.

TEMPÉRATURE.

Dates.	Matin.	Soir.	
6 février 1888.	00.0	39.2	
7 —	38.2	38.4	
8 —	39.0	38.0	
9 —	38.6	39.2	
10 —	39.0	38.8	
11 —	38.6	38.0	Selle purulente.
12 —	38.2	39.0	
13 —	38.2	37.0	
14 —	37.2	38.0	
15 —	37.6	38.6	
16 —	37.6	38.6	
17 —	37.4	38.4	
18 —	38.0	38.0	
19 —	37.4	37.6	
20 —	37.2	37.4	

RÉFLEXIONS.

1. Le cas, rapproché du précédent, présente de l'intérêt.

Chez les deux sujets, il y a eu péritonite aiguë; mais dans le premier cas,

la péritonite était développée dans un organisme puerpéral et elle était accompagnée d'un ensemble de lésions multiples, dénotant une affection générale de l'économie.

Dans le deuxième cas, l'affection est restée localisée sans entreprise d'autres organes. C'est ce qui nous permet de différencier complètement la péritonite, manifestation de l'état puerpéral, — de la péritonite traumatique.

2. Le pronostic de la péritonite consécutive à l'avortement varie.

Dans l'avortement spontané, il est généralement grave, en raison du caractère morbide de l'avortement et de la nature des causes qui l'ont déterminé.

L'avortement médical provoqué est moins grave parce qu'il est déterminé par des procédés qui se rapprochent du processus physiologique.

L'avortement provoqué par des manœuvres criminelles est le plus dangereux, parce qu'il détermine très souvent des lésions qui provoquent et entretiennent la péritonite.

Dans tous les cas l'interruption de la grossesse par l'avortement constitue un facteur morbide des plus sérieux.

OBSERVATION IX.

*Fièvre puerpérale.***RÉSUMÉ :**

Péritonite puerpérale. — Début de myélite aiguë postérieure. —
Guérison. *Keerstock*

(Observation recueillie par M. Van Campenhout, externe du service.)

La nommée Marie K., âgée de 24 ans, tailleuse, entre à l'hôpital
St-Pierre (salle 37, lit 16) le 10 janvier 1888.

Pas d'antécédents morbides.

Elle s'est accouchée chez elle le 29 décembre 1887, d'un premier enfant ;
l'accouchement a été facile et la délivrance complète.

Depuis lors, elle souffre de douleur dans les deux flancs et à l'hypo-
gastre ; ni nausées ni vomissements ; selles régulières, constipées. L'écou-
lement lochial a été abondant ; actuellement pertes blanches.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Expression inquiète des traits. Ce qui
frappe surtout, c'est la manière dont la malade respire ; la respiration est
brève, courte comme celle de la pleurésie ; la malade ne respire pas à fond,
par crainte de réveiller de la douleur par une inspiration profonde ; l'inspi-
ration se termine toujours par un léger gémissement.

L'examen de la poitrine ne dénote pas de trace de pleurésie.

Le ventre est fortement ballonné et douloureux à la pression ; la miction
est douloureuse et se fait fréquemment et par petites quantités. La percus-
sion permet de constater que la vessie est distendue par de l'urine.

La fièvre est vive ; 40°2.

L'urine à réaction acide ne renferme ni albumine, ni sucre.

DIAGNOSTIC. — Péritonite puerpérale avec rétention d'urine.

TRAITEMENT. — Diète absolue. — Cathétérisme. — Cataplasme
émollient sur le ventre. — Potion à l'extrait thébaïque.

MARCHE DE LA MALADIE.

12 janvier 1888. Le cathétérisme de la vessie pratiqué deux fois par jour a beaucoup diminué les souffrances du ventre. La fièvre a diminué.

En présence de ce progrès, nous maintenons le même traitement.

15 janvier. Constipation depuis trois jours. Lavement.

20 janvier. La constipation persiste; la fièvre qui avait disparu (température de 37.2 à 38°) reprend à 39°. Le ballonnement s'accroît; les pertes vaginales sont devenues fétides.

PRESCRIPTION : Olei ricin. 30 gr.

Onguent mercuriel belladonné et cataplasme.

— Injection vaginale à l'acide phénique 10 ‰.

21 janvier. Quatre selles par l'huile de ricin. — La face est bouffie. La malade est soulagée depuis les selles.

A partir de ce jour, les symptômes abdominaux ont graduellement diminué. Mais l'attention a été appelée d'un autre côté.

Le 23 janvier, douleurs dans les deux bras, qui se sont déclarées d'abord d'une manière discrète.

Le 29 janvier, elles se sont accentuées au point d'empêcher le sommeil; elles s'accompagnent de fourmillements dans les deux bras, s'étendant jusque dans les doigts. En même temps douleur vive vers la partie gauche de la nuque, où l'on constate un empâtement douloureux siégeant entre le sterno-cleido-mastoïdien et le trapèze gauche. Le fourmillement est cependant plus marqué dans le bras droit.

L'existence de cet empâtement nous fait craindre la formation d'un abcès; cependant la température ne dépasse pas 38°4.

TRAITEMENT. — Onguent mercuriel belladonné et cataplasme émollient sur l'empâtement. — Supprimer la potion opiacée. Bouillon et laitage.

Les douleurs ont persisté en présentant un caractère de rémittence: très vives la nuit, au point d'empêcher le sommeil, elles ne tourmentent guère la malade pendant le jour. La tuméfaction douloureuse à la nuque a disparu.

TRAITEMENT :

R. Sulfat. quinin.
 Subcarb. ferr. ãã 1 gram.
 f. s. a. pil. n° XX
 3 par jour.

Le 7 février, les douleurs sont devenues beaucoup plus vives; elles affectent les quatre membres et présentent un caractère lancinant, analogue à celui que l'on observe dans les cas de myélite. En outre hyperesthésie cutanée à la pression.

PRESCRIPTION : Potion à l'extrait thébaïque. Ventouses sèches dans le dos.

La douleur a été un peu mitigée; elle se déclare par accès irréguliers, se localisant chaque fois dans un membre différent avec une intensité plus grande que dans les autres; en outre, chaque accès douloureux s'accompagne de transpiration localisée dans le membre le plus souffrant.

Les symptômes ont diminué graduellement pour disparaître le 15 février.

La malade est restée en traitement de convalescence et d'observation, jusqu'au 10 mars, époque à laquelle elle a quitté l'hôpital complètement guérie.

TEMPÉRATURE :

Dates	Matin.	Soir.
—	—	—
11 janvier 1888.	00.0	40.2
12 —	39.0	40.0
13 —	39.0	39.0
14 —	38.6	39.8
15 —	38.4	39.6
16 —	38.8	39.0
17 —	38.0	38.4
18 —	38.0	38.0
19 —	37.2	39.0
20 —	38.6	39.0
21 —	38.0	38.6
22 —	38.0	38.0

Dates.	Matin.	Soir.
23 janvier 1888	37.2	37.4
24 —	38.0	38.4
25 —	38.0	38.2
26 —	37.8	38.4
27 —	37.0	38.4
28 —	37.4	37.6
29 —	37.0	37.2
30 —	37.0	38.4

A partir de cette date, elle n'a plus dépassé 38°.

RÉFLEXIONS :

1. Ce troisième cas de péritonite puerpérale diffère beaucoup dans son évolution des deux précédents. Les symptômes de péritonite ont été également prononcés; mais l'inflammation s'est terminée ici par résolution, ce qui est la règle, et non par suppuration ouverte dans l'intestin.

La marche de la péritonite n'a présenté qu'une particularité. C'est la rétention d'urine, que l'on observe fréquemment dans ces cas.

C'est du reste une indication pratique de la plus haute importance d'examiner l'état de la vessie à la suite des accouchements.

La respiration a présenté le caractère qu'elle présente souvent dans les cas de péritonite et qui est identique au caractère de la respiration dans la pleurésie.

2. Le point capital dans cette observation, c'est l'entreprise du côté de la moelle. Nous avons observé :

- a). Douleur vive tout le long du rachis, surtout à la région cervicale.
- b). Fourmillement, d'abord dans les deux membres supérieurs, puis dans les quatre membres.
- c). Hyperesthésie cutanée des bras.
- d). Douleurs lancinantes dans les membres.
- e). Transpirations profuses localisées sur les parties les plus souffrantes.

Quant à la rétention d'urine et à la constipation que l'on observe souvent dans le cours de la myélite aiguë, nous sommes porté à les considérer comme se rapportant ici aux suites de l'accouchement plutôt qu'à une lésion de la moelle.

L'ensemble de ces symptômes dénote que la moelle a été intéressée, notamment dans les cornes grises postérieures.

De quelle nature était la lésion ?

Elle était de nature congestive et caractérisait le début d'une myélite aiguë des cornes grises postérieures.

L'évolution morbide s'est arrêtée à ce point pour se terminer par résolution.

Elle rentre dans les affections spéciales qui se déclarent accidentellement après certaines maladies infectieuses aiguës, comme la fièvre typhoïde, la variole, la diphthérie, etc., et que l'on a rapportées, pour ce motif, à une cause infectieuse.

Elle est observée très rarement à la suite de l'état puerpéral. C'est à ce titre et au point de vue de sa guérison que nous rapportons le cas.

OBSERVATION X.

Rétention biliaire.

RÉSUMÉ :

Ictère par compression du conduit cholédoque. — Dégénérescence fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique. — Infiltration biliaire du foie. — Mort par péritonite.

Van Hamme

(Observation recueillie par M. Beaumez, externe du service.)

Le nommé Louis V....., âgé de 45 ans, orfèvre, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital S^t-Pierre (salle 7, lit 18) le 1^{er} décembre 1887.

Il est malade depuis un an. Au début ne s'est plaint que de souffrances hémorroïdaires, sans flux notable. Peu après, a ressenti des douleurs d'estomac revenant à intervalles irréguliers; ces douleurs restaient limitées à la région épigastrique et ne s'étendaient pas vers le foie.

Depuis 4 mois, a ressenti un peu de gêne au foie; n'a jamais eu de colique hépatique, ni de douleur dans l'épaule droite, ni d'accès de fièvre, ni de gastrorrhée.

Peu après le début des douleurs vagues préhépatiques, il s'est déclaré de l'ictère qui persiste encore aujourd'hui. Tendance habituelle à la diarrhée, à coloration grise.

Renseignements négatifs sur les antécédents héréditaires et personnels. Pas de traitement à domicile.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — État d'embonpoint satisfaisant; le malade pèse 83 kilogrammes. Teint jaune foncé, à reflet vert sombre.

Pas de lésion au cœur, dont la pointe bat dans le 5^{me} espace intercostal gauche à 9 1/2 centimètres à gauche de la ligne sternale médiane.

Le ventre n'est pas ballonné; pas d'ascite; pas d'œdème de parois abdominales ni des membres inférieurs.

A l'inspection du ventre on constate une voussure à la région préhépatique et elle s'étend jusqu'à gauche de l'appendice xyphoïde.

La palpation dénote que le foie est considérablement engorgé et constitue au-dessous des fausses côtes une tumeur dure, dont la surface est lisse, mais inégale, ondulée. Pas de frémissement hydatique. On constate aussi un engorgement très manifeste de la vésicule biliaire.

La percussion donne une matité préhépatique = $\frac{16 \times 18 \times 15}{+ 7}$.

La rate mesure 13 $\frac{1}{2}$ centimètres de longueur de matité sur la ligne axillaire médiane.

L'auscultation et la percussion combinées donnent un caractère homogène à toute la matité préhépatique.

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE. — Ictère avec engorgement considérable du foie, de la vésicule biliaire et de la rate.

DIAGNOSTIC MÉDICAL. — Il existe un obstacle à la circulation de la bile, sans obstacle à la circulation du système porte.

Les causes peuvent être diverses :

- a) Extra-hépatiques.
- b) Intra-hépatiques.

1. Causes extra-hépatiques :

- a) Catarrhe duodéal.
- b) Tumeur du pylore.
- c) Tumeur du pancréas.
- d) Tumeur du mésentère.
- e) Calcul biliaire.

2. Causes intra-hépatiques :

- a) Inflammation des conduits biliaires.
- b) Cirrhose du foie.
- c) Cancer du foie.
- d) Calcul intra-hépatique.

Si nous avons égard à la succession des symptômes chez le malade, nous trouvons : 1^o comme premier signe morbide une congestion hémorrhoidaire; 2^o ensuite des crampes épigastriques n'ayant jamais présenté le caractère de coliques hépatiques; 3^o puis du malaise préhépatique, suivi bientôt de jaunisse, sans traces d'ascite.

Cette succession de symptômes, la longue durée de la maladie et l'état satisfaisant de la nutrition nous permettent déjà d'exclure le cancer, la cirrhose et les calculs biliaires.

Le catarrhe duodénal peut être exclu; le malade n'a jamais eu de nausée ni de gastrorrhée et l'appétit est resté bon, de même que la digestion.

Reste le catarrhe des voies biliaires ou une tumeur non cancéreuse comprimant le canal cholédoque.

Le catarrhe des voies biliaires ne peut guère être admis, vu la longue durée de l'affection et le mode de début.

L'épithélioma cylindrique du foie peut encore rendre compte de ces désordres. Il trouve son point de départ dans l'épithélium des canaux biliaires et constitue au sein du foie et sans lésion primitivement de cet organe un véritable adénome, un noyau dont l'aspect extérieur rappelle tout à fait celui du carcinome, mais dont la signification est toute autre.

C'est donc dans un élément morbide extra-hépatique que nous avons à chercher la cause de l'ictère et de l'hypermégalie hépatique.

Il y a stase biliaire et la lésion, cause de la stase, siège sur le trajet du conduit cholédoque. Ce qui nous amène à cette conclusion, c'est que la vésicule biliaire est fortement distendue; elle ne le serait pas si la stase se produisait dans les conduits hépatique ou cystique.

De quelle nature est cette cause? Nous l'ignorons et nous ne pouvons absolument pas trouver d'éléments d'observation qui puissent nous permettre de résoudre la question.

Nous restons donc dans le doute sur la nature précise de l'obstacle, tout en le limitant aux canaux biliaires, sans admettre d'entreprise du foie ni des vaisseaux sanguins.

TRAITEMENT. — Il s'adressera surtout aux purgatifs et aux alcalins.

Comme purgatifs, nous donnerons de préférence l'huile de ricin et nous entretiendrons la liberté du ventre par des pilules aloétiques.

R. Aloët. socotrin. 1 gr.
Sapon. offic. 2 gr.
f. s. a. pil. n° XX.
Une à deux par jour.

Comme traitement interne, nous prescrivons :

R. Pulv. bicarbon. sod. 3 gr.
Pulv. rad. rhei 20 centigr.
Aq. comm. dist. 200 gr.
Par cuillère à soupe de deux en deux heures.

Localement, nous appliquerons à la région préhépatique de l'onguent mercuriel belladonné et un cataplasme émollient de farine de lin.

Comme régime, demi-portion.

MARCHE DE LA MALADIE.

L'ictère a persisté sans modification. Il n'y a pas eu de douleur au début du séjour à l'hôpital.

A partir du 30 décembre 1887, nous avons soumis le malade au traitement qui a été préconisé récemment et qui consiste dans l'administration quotidienne d'un litre d'eau froide en lavement. Ce traitement a été continué pendant 17 jours, sans amener de modification durable dans l'état de l'ictère ; il y avait des modifications insignifiantes dans le teint. Mais d'autre part, le lavement à l'eau froide a déterminé des douleurs intestinales, assez vives à plusieurs reprises, et ces douleurs retentissaient même jusqu'à l'épigastre.

L'insuccès complet de cette médication nous a engagé à y renoncer le 16 janvier 1888.

Le 17 janvier, nous avons eu recours à l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine sous forme de perles à la dose de dix par jour. Nous avons dû y renoncer à la cause des nausées que ce moyen provoquait.

Le 29 janvier, le malade a pris de l'eau de Vichy (Célestins) à la dose de 500 grammes par jour et nous avons continué cette médication pendant un mois.

L'état du malade ne s'est guère modifié pendant les deux mois suivants. De temps en temps, à intervalles irréguliers, des crampes épigastriques assez vives, parfois lancinantes, nécessitaient l'administration d'une préparation opiacée et l'application de cataplasmes émollients; les crises ne s'accompagnaient pas de vomissements. L'ictère persistait, ainsi que l'engorgement du foie, dont le bord inférieur dur et tranchant donnait l'impression d'un foie cirrhotique. L'engorgement de la rate s'est accentué et a provoqué parfois des douleurs assez vives.

La constipation habituelle a été surmontée par l'administration régulière d'une pilule aloétique tous les jours.

Il n'y a pas eu d'ascite dans tout le cours de la maladie.

Les douleurs sont devenues plus fréquentes à partir du 23 mars; elles occupaient tout le côté gauche du ventre et irradiaient jusqu'à l'aisselle gauche.

Le 9 avril, un frisson violent s'est déclaré à midi; la température s'est élevée à 39°9, pendant le stade de froid, qui s'est prolongé pendant une demi-heure et a été suivi de transpiration. En même temps diarrhée involontaire de 8 selles non sanglantes. Les frissons se sont reproduits, erratiques jusqu'à 4 heures du soir. A 5 heures, la température était à 39. Le malade se plaignait de violentes douleurs par tout le ventre, s'accroissant à la moindre pression. Une injection sous-cutanée de morphine et un cataplasme de farine de lin laudanisé ont calmé un peu cette douleur. Le malade a gémi toute la nuit et est mort sans vomissement, ni nausées, le 10 avril à 6 heures du matin.

Dans le cours de la maladie, le poids du malade avait été noté à plusieurs reprises :

1 ^{er} décembre 1887.	83 kilogr.
12 février 1888.	77 —
3 mars	75 —

AUTOPSIE.

L'autopsie n'a pas été accordée; l'examen anatomique a dû se borner à déterminer l'état du foie. Nous reproduisons la description que M. le professeur Stiénon a bien voulu se charger de faire pour nous.

Dimension : Transversale = 30 centimètres.

D'avant en arrière : lobe droit = 25 centimètres.

— lobe gauche = 20 centimètres.

Épaisseur = 8 centimètres.

Poids = 2,300 grammes.

Coloration : Vert sombre uniforme.

Le canal cholédoque a été coupé au-dessus de son ouverture dans le duodénum.

La vésicule biliaire est augmentée de volume, distendue par une bile épaisse brunâtre. Au hile du foie existe une induration qui occupe une partie de l'épiploon gastro-hépatique et s'étend dans une étendue de 3 à 4 centimètres, englobant le conduit cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte; cette dernière n'est pas entièrement comprise dans la partie indurée, mais y adhère seulement par sa partie inférieure. Cette induration rattache la première portion du duodénum à la face inférieure du foie; elle paraît donc occuper surtout le ligament hépatico-duodéal.

Canal cystique : perméable, mais fortement rétréci par compression.

Canal cholédoque. Rétréci par compression à sa partie supérieure.

Canal hépatique. Rétréci dans toute sa longueur depuis le hile du foie, en outre raccourci par rétraction.

Vésicule. Fortement adhérente au tissu hépatique au niveau de son col où sa paroi est épaissie et où elle est très difficile à énucléer.

Au niveau de la tête du pancréas un ganglion lymphatique induré, du volume d'une amande, fondu avec le noyau fibreux qui englobe les voies biliaires. — Sur une surface de section quelques points jaunâtres d'aspect caséux dans ce ganglion.

EXAMEN MICROSCOPIQUE :

a) Tissu induré de l'épiploon gastro-hépatique et du ligament hépatico-

duodénal : on n'y découvre que du tissu fibreux et de nombreux leucocytes.

b) Ganglion lymphatique : sclérose avec foyers caséux.

c) Foie (un fragment du lobe droit). — Épaississement fibreux du tissu conjonctif environnant la veine porte et les canaux biliaire, infiltration biliaire des cellules hépatiques et atrophie de ces dernières; foyers de leucocytes dans les espaces interlobulaires. Dilatation des vaisseaux biliaires.

CONCLUSIONS :

Induration fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique englobant les voies biliaires. — Infiltration biliaire du foie; sclérose périportale consécutive.

RÉFLEXIONS.

1. Du vivant du malade nous avons dû nous borner à poser un diagnostic symptomatique : *obstruction du conduit cholédoque*, sans pouvoir en préciser la cause.

Le diagnostic par exclusion nous a fait écarter successivement toutes les lésions qui déterminent habituellement cet état anatomique.

Le diagnostic qui paraissait se présenter dans les conditions les plus favorables était celui d'une lithéose biliaire; nous l'avons écarté à cause de l'absence de coliques hépatiques; les douleurs que le malade ressentait aux régions préhépatique et épigastrique s'expliquaient par l'engorgement considérable du conduit cholédoque.

Nous avons écarté la cirrhose du foie à cause de l'absence de tout désordre du côté du système porte.

Le cancer a été écarté pour le même motif et en outre à cause de l'état général du sujet après une durée très longue de maladie.

2. Nous avons déterminé l'état de la nutrition organique du sujet en

recourant au procédé de mensuration que nous avons préconisé. Il nous a donné les résultats consignés dans le tableau ci-joint :

Date.	Quantité.	Urée.	Chlorure.	Acide phosph.	Régime.
6 décembre 1887	2.500	13.80	15.00	1.50	1/2 portion.
7 —	1.800	23.04	13.50	2.52	1 litre de lait.
8 —	2.300	27.27	20.06	2.83	
9 —	2.500	33.14	16.25	3.00	
10 —	2.500	20.08	20.00	2.00	
11 —	2.200	20.99	16.50	2.20	
12 —	2.500	28.89	23.75	3.50	
13 —	3.700	33.47	33.30	2.22	
14 —	2.960	33.47	25.16	2.37	
15 —	3.000	33.92	25.50	3.60	
16 —	3.000	27.14	22.50	3.00	
17 —	3.700	36.26	29.60	2.22	
18 —	4.000	37.11	28.00	2.40	
19 —	4.000	28.14	30.00	2.40	
20 —	4.500	24.83	29.25	5.40	
21 —	3.700	35.32	25.90	5.18	
22 —	3.800	42.00	26.60	3.80	
23 —	4.600	36.96	32.20	3.68	
24 —	5.000	35.18	32.50	4.00	
27 —	4.200	45.38	29.40	2.52	
28 —	3.300	37.31	21.45	4.29	
29 —	3.600	44.32	25.20	2.16	
30 —	3.800	38.18	26.60	3.80	
31 —	3.300	36.48	26.40	3.30	
8 mars 1888	3.400	33.32	11.90	3.40	
9 —	3.700	33.45	14.80	3.70	
10 —	4.800	26.50	26.40	4.80	
11 —	3.700	35.32	18.50	3.70	
12 —	3.800	x	20.90	3.80	
13 —		Manque.			
14 —	4.800	31.34	26.40	3.80	

Nous avons donc une hyper-azoturie qui nous autorisait à exclure une affection de nature maligne. En rapportant le chiffre de l'urée au poids

du malade, nous trouvions le rapport de 35 grammes d'urée pour 80 kilogrammes de protoplasme humain, soit 0.430 grammes par kilogramme de poids.

Le chiffre de la chlorurie nous édifiait sur l'absence d'un élément inflammatoire.

3. Le diagnostic n'a pu être établi que par l'examen microscopique.

Un processus sclérotique avait envahi le ligament hépatico-duodéal ; la partie indurée englobait le conduit cholédoque et rétrécissait considérablement ce canal ainsi que le conduit hépatique, donnant ainsi naissance à la stase biliaire et à tous les symptômes consécutifs. C'était une sorte de bride de tissu fibreux sclérosé, dont la position expliquait parfaitement l'état d'intégrité du système veineux porte.

Quelle était l'origine de cette hyperplasie fibreuse ? Elle ne pouvait s'expliquer que par une inflammation circonscrite de l'épiploon gastro-hépatique.

On connaissait de longue date l'existence de brides du péritoine comme cause d'obstruction ; mais les effets qu'elles déterminent avaient été constamment limités aux fonctions intestinales ; elles finissaient par oblitérer la lumière de l'intestin et par déterminer des symptômes d'étranglement auxquels les malades succombaient. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de misère de cette nature, terminé par la mort, à une époque où la laparotomie ne rendait pas encore à la médecine les services qu'elle lui dispense aujourd'hui.

Mais l'oblitération du conduit cholédoque par une dégénérescence fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique, agissant à l'instar de bride de cet ordre n'a pas encore été signalée et à ce titre l'observation actuelle présente un grand intérêt.

4. Nous ne connaissons pas de moyen de diagnostic qui nous permettrait dans un autre cas de poser le diagnostic précis.

5. Un dernier point présente de l'intérêt : quelle est la cause de la mort de ce malade ? Nous ne pouvons pas résoudre la question d'une manière absolue, parce que l'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

Toutefois, nous en rapportant aux symptômes terminaux constatés,

notre attention est attirée vers deux causes : 1^o la péritonite ; 2^o la cholémie.

La marche très rapidement mortelle des accidents ultimes et la forme qu'ils ont revêtue, nous font écarter la cholémie comme cause de la mort.

Nous sommes ramené ainsi à l'hypothèse d'une péritonite suraiguë dont la cause, probablement d'origine traumatique interne, n'a pas pu être déterminée par suite du refus de l'autopsie. Le fait est d'autant plus regrettable que les symptômes habituels de la péritonite ne se sont pas tous retrouvés ici et que d'autre part, l'état d'engorgement constaté du côté de la rate permettait de croire que peut-être de ce côté on aurait retrouvé la cause des symptômes mortels.

OBSERVATION XI.

*Cirrhose atrophique du foie.***RÉSUMÉ :**

Alcoolisme chronique. — Ascite. — Coma. — Hoquet. — Mort.

(Observation recueillie par M. Beaumez, externe du service.)

Le nommé Séraphin ^{Magermans} M., âgé de 51 ans, ouvrier gazier, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital S^t-Pierre (salle 7, lit 13) le 27 avril 1888.

Il a été en traitement dans notre service (salle 19, lit 3) du 11 novembre au 4 décembre 1878 pour pleurésie aiguë droite avec endocardite. La marche de la maladie avait été régulière. On avait noté à cette époque que le malade était atteint de strabisme convergent, datant de son enfance.

Il a été en traitement dans le service de M. le D^r Van Dam il y a 3 ans ; il était atteint, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, d'anasarque ; on a pratiqué quatre fois la paracenthèse abdominale. Il a repris son travail depuis lors.

Il est incapable de fournir des renseignements précis ; il serait souffrant depuis quelques semaines de douleurs épigastriques, irradiant dans la direction de la rate. N'aurait eu ni diarrhée ni vomissement. Inappétence complète.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Ce qui domine chez le malade, c'est la stupeur. Il est couché en décubitus dorsal, les jambes étendues. Le teint est subictérique, les pommettes sont injectées. Le foie est atrophié dans

son lobe droit; la rate engorgée. Les veines sous-cutanées abdominales sont fortement dessinées et il y a de l'ascite, mais peu abondante. L'urine jaune brunâtre, transparente, acide, 1.019, renferme de la bilirubine, ni albumine ni sucre. Constipation. Rien au cœur ni à la poitrine.

DIAGNOSTIC. — Cirrhose atrophique du foie.

TRAITEMENT. — Olei ricin. 30 grammes. Régime de bouillon et lait.

MARCHE DE LA MALADIE. — L'état s'est rapidement aggravé. La stupeur a fait des progrès rapides. Pas de fièvre. Une selle de l'huile de ricin.

Prescription :

R. Alcool 50 gr.
Syv. ribes. 30 gr.
Aq. comm. dist. 300 gr.
Par cuillerée d'heure en heure.

Lavement.

Dans la nuit du 30 avril au 1^{er} mai se sont déclarés des symptômes d'un ordre nouveau. La stupeur persiste toujours; mais il y a de l'affaïssement de la moitié gauche de la face; le malade fume la pipe à gauche; le pli labio-nasal gauche est effacé; la paupière inférieure gauche reste abaissée. La respiration est régulière, accélérée. Le pouls est dépressible, large, régulier, à 94°. Pas de symptômes convulsifs.

Prescription : lavement séné.

R. Infus. folior. senn. $\frac{8}{500}$
Sulfat sod. 30 gr.
pro enemate.

Le coma s'est accentué dans la journée; il y a eu de l'incontinence d'urine avec rétention. Le malade a eu du hoquet pendant toute la journée du 1^{er} et une partie de la nuit. Il est mort le 2 mai, à 6 heures du matin.

L'autopsie a été refusée.

RÉFLEXIONS. — Ce cas peut être rapproché de l'observation X.

Chez ce dernier malade, il y avait encore intégrité de la circulation-porte; il existait de la stase biliaire et de l'ictère consécutif. Le malade a succombé à un accident aigu, à caractère péritonique.

Chez le malade actuel, il y a eu obstacle à la circulation-porte; il y avait de la cirrhose hépatique et le tissu du foie était par suite profondément altéré. La cause de la mort a résidé ici dans un empoisonnement de l'organisme constituant ce que l'on a appelé *asphyxie de cause hépatique* ou *cholémie*.

Les symptômes les plus habituels de cet état ultime débute généralement par des convulsions; mais ils aboutissent toujours au coma final.

Chez notre sujet, il n'y a eu d'autres convulsions que le hoquet dans les vingt-quatre dernières heures de la vie; ce hoquet existait avec un état comateux qui est devenu de plus en plus profond.

La température du corps n'a pas présenté d'élévation notable. La respiration est restée régulière tout le temps, accélérée, mais sans présenter le caractère de Cheyne-Stokes.

La cause première de l'ensemble anatomique a pu être rapportée à l'alcoolisme.

OBSERVATION XII.

*Rhumatisme articulaire aigu
et alcoolisme aigu.*

(Observation recueillie par M. Bonneville, externe du service.)

Le nommé Félix D., âgé de 59 ans, horloger, constitution forte, tempérament nerveux, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 7, lit 9) le 29 décembre 1887.

Il souffre depuis quatre jours de rhumatisme articulaire aigu intéressant un grand nombre d'articulations. L'urine jaune, claire, acide, 1,020, ne renferme ni albumine, ni sucre. Le cœur n'est pas atteint. — Tendance à la constipation.

TRAITEMENT. — Acide salicylique 4 grammes en 8 doses à prendre de deux en deux heures.

Purgatif salin.

Diète.

MARCHE DE LA MALADIE. — Elle a présenté plusieurs particularités :

1) Délire alcoolique très violent le 3 janvier 1888.

A été calmé par des lavements laudanisés, sans suspension de l'acide salicylique.

2) Rechutes fréquentes des manifestations articulaires aiguës.

3) Hallucinations fréquentes d'origine alcoolique.

4) Bronchite parce que le malade se découvrait fréquemment.

5) Amyotrophie du bras droit.

Le malade est resté soumis au traitement salicylé jusqu'au 11 février.

Il est resté à l'hôpital pendant toute sa convalescence et est sorti guéri le 1^{er} mai 1888.

RÉFLEXIONS. — Le côté intéressant au point de vue pratique réside dans les symptômes cérébraux observés. — Il est important de les rapporter à leur véritable cause et de les distinguer des désordres cérébraux qui se produisent comme manifestations rhumatismales.

Le diagnostic repose surtout sur les caractères objectifs du délire et sur la persistance des manifestations rhumatismales articulaires dans les cas d'alcoolisme. Le plus souvent dans les accidents cérébraux dus au rhumatisme, les articulations sont débarrassées de toute atteinte.

L'indication dans le cas de délire alcoolique compliquant le rhumatisme articulaire aigu consiste dans l'administration de l'opium, en maintenant l'acide salicylique.

La durée de la convalescence est très longue dans des cas de ce genre nous avons eu l'occasion de l'observer chez plusieurs malades.

OBSERVATION XIII.

*Tuberculose pulmonaire
et péritonite aiguë.*

RÉSUMÉ :

Tuberculose pulmonaire avec caverne au sommet droit. — Mort par péritonite purulente de cause non déterminée. — Entérite aiguë.

Van Dam (Observation recueillie par M. Slosse, interne du service.)

La nommée Adelaïde *Van Dam* âgée de 62 ans, ménagère, constitution affaiblie, tempérament nerveux, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 37, lit 12), le 24 avril 1888.

Elle n'a jamais eu d'enfants et ne renseigne pas d'antécédents.

Elle souffre depuis plusieurs années d'une maladie de poitrine.

Nous constatons de la matité au sommet droit qui est fortement déprimé et où nous entendons du souffle caverneux. Pas de bruit morbide au cœur, dont la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, à 6 centimètres à gauche de la ligne médiane sternale; pas de dilatation.

La malade entre à l'hôpital pour toute autre chose que pour la maladie de poitrine. Elle souffre depuis deux jours de douleurs de ventre très vives qui ont débuté brusquement; il s'est déclaré des vomissements marcs de café qui persistent encore et qui n'ont pas d'odeur stercorale. Le ventre est très fortement ballonné et les anses intestinales font nettement saillie sous la peau. Les veines sous-cutanées abdominales sont très développées. Retard des selles de huit jours. La malade n'a pas de hernie.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic porté fut : tuberculose pulmonaire; péritonite avec constipation datant de huit jours.

TRAITEMENT. — Lavement de séné.

L'huile de ricin a été vomie.

Diète absolue.

26 avril 1888. Le lavement a amené quinze selles; le ballonnement du ventre a disparu; la douleur est moins vive; mais l'affaissement général a augmenté.

Prescription : Aq. com. dist. 200 gr.

Liq. amm. an. 3 gr.

Extr. theb. 5 centigr.

Le malade succombe le 27 dans la soirée.

AUTOPSIE. — On constate l'existence de cavernes dans le poumon droit. — Péritonite aiguë sans traces de tubercules. — Les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles et avec la paroi abdominale par un exsudat fibrineux jaunâtre. — La lésion qui attire le plus l'attention, c'est un épaissement considérable de la paroi intestinale dans toute son étendue, et sa coloration d'un rouge brun très foncé. Pas de traces d'hémorragie intestinale ni de perforation des intestins.

RÉFLEXIONS. — Le côté intéressant de l'observation réside dans la péritonite purulente généralisée.

Quelle était son origine? L'autopsie n'a pas pu la déterminer. Il n'y avait pas de tuberculose péritonéale et les ganglions n'étaient pas engorgés.

A en juger par la qualité noirâtre des vomissements, il est probable qu'il y a eu une hémorragie de l'intestin. Toutefois l'autopsie n'a pas constaté le siège de cette lésion.

La seule lésion que l'on ait rencontrée, c'est un épaissement considérable de la paroi de l'intestin dans toute son étendue, avec injection très forte. L'épaississement n'était pas œdémateux, mais à caractère véritablement congestif.

Nous devons donc nous borner à constater une entérite aiguë non tuberculeuse et une péritonite aiguë. — L'absence de diarrhée est à noter comme un fait très rare dans les cas d'entérite.

Il est probable que la péritonite aiguë est consécutive à l'entérite.

Le cas est encore remarquable par sa terminaison; la malade avait des lésions très étendues dans les poumons. Elle a succombé à des lésions entéro-péritonéales, ce qui est le cas le plus fréquent dans la tuberculose pulmonaire; mais le plus souvent cette terminaison est la conséquence d'une tuberculose intestinale ou péritonéale qui n'existait pas ici.

OBSERVATION XIV.

Tuberculose miliaire aiguë.

RÉSUMÉ. — Atteintes antérieures de pleurésie et d'affections pulmonaires. Évolution très rapide de la tuberculose miliaire aiguë généralisée. Mort par asphyxie au dix-huitième jour. *Vanden Broeck*.

(Observation recueillie par M. Godart, interne du service.)

Le nommé Guillaume V, âgé de 60 ans, brasseur, constitution forte, tempérament nerveux, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 9, lit 9), le 29 mai 1888.

Il a eu en sept ans trois atteintes de maladie de poitrine; la dernière remonte à quatre ans. L'hiver dernier, il a été souffrant de douleurs sciatiques avec difficulté dans la marche; ces symptômes ont disparu et quinze jours après, il a été atteint de pleurésie gauche pour laquelle il a été en traitement dans le service de M. le professeur Stiénon.

Il en est sorti amélioré.

Il souffre actuellement de symptômes pulmonaires depuis une quinzaine de jours.

ÉTAT A L'ENTRÉE. — Teint pâle terreux, légèrement cyanosé. Oppression très forte. Fièvre à 40°.

Le côté gauche du thorax est affaissé en arrière et en bas; à ce niveau, diminution des vibrations vocales thoraciques avec matité et absence d'élasticité des parois. Affaiblissement respiratoire sans bruit de souffle.

En avant, tympanisme à gauche; submatité sous-claviculaire droite. Râle sous-crépitant des deux côtés.

La pointe du cœur bat dans le 5^{me} espace intercostal gauche, à 9 centimètres à gauche de la ligne sternale médiane; la matité dépasse cette ligne à droite de 1 centimètre. Notation : 5^{me} espace $\frac{+ 9}{+ 1}$.

Faux pas au cœur sans bruits morbides.

L'expectoration est très difficile.

Ventre fortement ballonné. — Constipation. — Rétention d'urine.

Le foie est fortement engorgé.

TRAITEMENT. — Diète. — Olei ricin. + potion expectorante à l'émétique.

31 mai. Le malade n'a guère dormi. A eu 2 selles. Agitation nerveuse. Le symptôme extérieur le plus frappant, c'est la pâleur de son teint avec teinte cyanosée des lèvres.

1^{er} juin. A déliré toute la nuit. La température du soir est à 40°2. L'expectoration est très visqueuse et purulente. La langue est desséchée et raccornie. Ventre très fortement ballonné sans éruption cutanée. Deux selles liquides. On entend les mêmes râles crépitant et sous-crément des deux côtés de la poitrine en avant; en arrière on n'entend que des râles sous-crémentants. L'asphyxie reste également accentuée.

TRAITEMENT. — Vésicatoire au sternum + extr. thébaïque 5 cent. le soir. +

Muc. gg. arab. 200 gr.

Carbonat. ammon. 2 gr.

Iodur kal. 20 centigr.

2 juin. Délire moins prononcé la nuit. Guère d'expectoration. L'asphyxie domine toujours. A gauche, en avant, râles muqueux, mêlés d'un peu de râles crépitants; à droite râles sous-crémentants fins. Tympanisme des deux côtés, mais moins prononcé à gauche. En arrière on ne trouve que des râles sous-crémentants.

La température baisse à 39°.

Le malade meurt dans la nuit du 2 au 3 juin.

AUTOPSIE PRATIQUEE LE 4 JUIN 1888

par M. GRATIA.

Tuberculose miliaire généralisée des deux poumons; a envahi les deux lobes gauches et les deux lobes supérieurs droits. Pas de caverne.

Foyer enkysté de pleurésie à la base gauche; le liquide contenu dans la poche est transparent.

RÉFLEXIONS. — Le cas présente de l'intérêt à plusieurs points de vue.

1. Rapidité d'évolution :

Le malade a continué sa vie habituelle, quoique souffrant de sciatique, jusqu'au milieu du mois de mai.

A partir de ce moment, symptômes d'affection pulmonaire, que l'on traite chez lui jusqu'au 29 mai, date de son entrée. Il meurt le 3 juin, et les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires.

La durée totale des symptômes a donc été, au dire du malade, de dix-huit jours.

2. Les symptômes relevés à la poitrine dénotaient une entreprise des deux poumons avec un épanchement pleural d'ancienne date à la base gauche. Expectoration très pénible de crachats, qui n'ont jamais présenté les caractères des crachats de la pneumonie, mais ont été purulents et visqueux.

A la percussion, tympanisme des deux côtés de la poitrine. Il est important de noter ce point; il établit que dans des poumons atteints d'infiltration miliaire aiguë, il n'y a pas eu de matité, mais du tympanisme. Ce signe était d'autant plus manifeste que nous avons à la base gauche une matité absolue due à un foyer limité et enkysté de pleurésie.

Ce signe ne se produit pas dans les cas de tuberculose chronique; ici tout le tissu pulmonaire s'est lentement infiltré et le parenchyme pulmonaire ne peut plus se relâcher, ce qui est la condition essentielle du tympanisme.

3. Ce qui a dominé toute la scène morbide chez notre malade, c'est l'asphyxie. Il n'a séjourné que cinq jours à l'hôpital; dès le début, le teint était pâle, malgré la température de 40°2 relevée à l'aisselle. — L'asphyxie a fait des progrès incessants et a tué le malade; l'autopsie nous a montré le motif en nous révélant la tuberculisation miliaire aiguë généralisée.

OBSERVATION XV.

*Tuberculose pulmonaire.***RÉSUMÉ :**

Atteintes antérieures de pleurésie. — Excavation du sommet gauche. — Hydrothorax. — Thoracenthèse palliative. — Mort.

(Observation recueillie par M. Slosse, interne du service.)

Le nommé Théodore De *Bot* âgé de 48 ans, garçon d'écurie, constitution forte, tempérament bilieux, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 9, lit 6), le 7 mai 1888.

Le malade renseigne une pleurésie dont il aurait été atteint il y a trois mois.

Depuis un mois il a recommencé à tousser et la toux s'est accentuée graduellement. En même temps douleur du côté gauche de la poitrine. L'expectoration est abondante, muco-purulente.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Le malade est assis dans son lit; la respiration est très anxieuse; les ailes du nez s'agitent continuellement. Teint terreux, pommettes saillantes et rouges. Pas d'œdème actuellement; il y en a eu.

ÉTAT DE LA POITRINE :

	Côté droit.	Côté gauche.
Inspection.	Très développé; se soulève énergiquement par la respiration.	Affaissé; ne se soulève pas. Beaucoup moins développé que le côté droit.
Palpation.	Vibrations normales.	Supprimées.
Percussion.	En avant , tympanisme. — Matité à partir de la quatrième côte. En arrière , sonorité au sommet; matité à la base.	En avant , matité absolue et perte d'élasticité à partir de la deuxième côte. En arrière , matité absolue partout.
Auscultation de la respiration.	Respiration supplémentaire, un peu rude.	Absence de tout bruit respiratoire à gauche.
Auscultation de la voix.	Normale.	Légère bronchophonie.

EXAMEN DU CŒUR :

La pointe est refoulée à quatre centimètres à *droite* de la ligne sternale médiane dans le 5^{me} espace intercostal.

DIAGNOSTIC. — Épanchement remplissant toute la plèvre gauche. Probabilité de lésion pulmonaire d'après la nature des crachats.

INDICATION. — L'oppression et l'angoisse du malade indiquent la thoracenthèse.

Elle est pratiquée par M. Slosse, interne du service, au moyen de l'appareil de Potain dans le 6^{me} espace intercostal gauche sur la ligne axillaire médiane. On ne parvient à retirer que 550 grammes de liquide séreux, transparent; l'écoulement s'arrête alors brusquement. Nous attribuons l'arrêt à l'obstruction des tuyaux par des caillots; après avoir retiré le trocart, nous constatons que le tube en caoutchouc renferme un caillot fibrineux qui est venu buter contre un des joints de l'appareil.

Le malade éprouve un très grand soulagement, ce qui nous engage à ne pas renouveler immédiatement la ponction. Nous constatons à la poitrine les symptômes suivants :

	à droite.	à gauche.
Inspection.	Développé.	Affaissement de l'espace sous-claviculaire gauche.
Percussion.	Sonorité normale en arrière jusqu'en bas.	Tympanisme sous-claviculaire.
Auscultation de la respiration.	Supplémentaire.	Au sommet, frottement pleural et expiration prolongée, sibilante. A la base, souffle bronchique aux deux temps.
Auscultation de la voix.	Normale.	Bronchophonie vaguement articulée à la base en barrière.

La pointe du cœur occupe la même situation qu'avant la ponction.

La ponction a été suivie d'un abaissement notable de la température : elle était de 40°8 le matin, avant la ponction ; elle n'atteignit le soir que 39°.

L'état du malade fut amélioré rapidement ; mais l'amélioration ne fut que passagère. L'expectoration purulente devint plus pénible, malgré la potion expectorante prescrite.

D'autre part les signes de ramollissement pulmonaire au sommet gauche devinrent plus évidents dès le 11 mai. La pointe du cœur resta refoulée à gauche.

L'existence de la caverne pulmonaire au sommet gauche nous engage à ne pas renouveler la ponction.

Le malade succombe subitement le 12 mai 1888.

Pas d'autopsie.

RÉFLEXIONS. — 1. La thoracentèse n'a été pratiquée qu'à titre palliatif. Elle arrêta l'asphyxie du malade et abaissa la température de 40°8 à 39°.

2. La thoracenthèse a été enrayée par suite d'obstruction de l'appareil de Potain ; ce cas nous indique un vice de l'appareil auquel il est facile et utile de remédier. Le tube en caoutchouc par lequel le liquide s'écoule devrait être continu de la canule jusqu'au flacon à vide ; il se compose le plus souvent de deux pièces raccordées par un ajutage en verre. Or au niveau de cet ajutage il existe un rétrécissement qui est sujet à s'obstruer assez facilement. On remédie à l'inconvénient en rendant le tube continu dans toute son étendue sans l'ajutage en verre.

3. Pourquoi n'avons-nous pas répété la ponction ? Parce que les signes de la tuberculose pulmonaire se sont produits de la manière la plus évidente ; le sommet gauche était creusé d'une caverne et nous n'avons pas voulu dans ces conditions fatales intervenir par un procédé qui devait être sans effet utile. Nous avons amené un soulagement et nous avons borné notre rôle à ce point, parce que tout espoir de guérison devait être abandonné.

OBSERVATION XVI.

*Heckmans***Saturnisme.**

(Observation recueillie par M. Bonneville, externe du service.)

Nicolas H., âgé de 24 ans, garçon de magasin, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 7, lit 1) le 16 avril 1888.

COMMÉMORATIFS. — Il a travaillé pendant quatre mois dans une fabrique de céruse. Il a ressenti depuis quelques jours des douleurs épigastriques, irradiant en ceinture vers le dos. Il a éprouvé peu après des tiraillements dans les bras et une sensation de resserrement de la peau aux avant-bras; ces symptômes étaient accompagnés d'affaiblissement musculaire, se traduisant par une gêne dans les mouvements des mains. Démangeaisons dans les bras et les jambes. Constipation habituelle; deux à trois selles par semaine. Céphalalgie frontale. Nausées et vomituritions alimentaires. Fétidité de l'haleine.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Teint anémié, terreux; conjonctives jaunâtres. On distingue au bord libre des gencives, près de l'articulation dentaire, un liséré gris noirâtre, saignant; pas de boursoufflement gingival.

Le malade accuse des symptômes douloureux et des coliques à l'estomac et au ventre.

Les parois abdominales sont fortement rétractées, au point que la palpation du foie est devenue impossible. A la percussion qui donne $\frac{0 \times 6 \times 5}{0}$, on constate que le foie est plutôt diminué de volume. Pas d'engorgement de la rate.

La peau est sèche et rugueuse.

Elle donne une réaction noire sur tous les points atteints par la solution suivante (Dumoulin):

Aq. comm. dist. 100 gr.

Monosulfur. sod. 10 gr.

DIAGNOSTIC. — Intoxication saturnine se traduisant par de la constipation et des coliques.

Deux procédés ont été recommandés comme très importants pour reconnaître l'empoisonnement saturnin.

1. **Réaction cutanée** au monosulfure de sodium (Dumoulin).

2. **Lisére gingival** (Burton); se présente sous trois formes.

Dans les premiers temps, il est grisâtre et constitué par un dépôt de particules métalliques. L'eau oxygénée enlève cette coloration et la transforme en un liséré blanchâtre par l'oxydation de sulfure en sulfate.

A une période plus avancée, ce liséré devient ardoisé et résiste aux réactifs. Le plomb imprègne alors les cellules épithéliales et forme un véritable tatouage des tissus chargés de sulfure de plomb.

Enfin durant la guérison on observe un liséré signalé par Gubler : liséré d'élimination.

ÉTIOLOGIE. — Le plomb exerce surtout son effet sur les centres nerveux; il agit primitivement sur l'appareil de la sensibilité et provoque des symptômes douloureux qui réagissent violemment du côté des muscles intestinaux : état de contraction permanente de ces muscles sans mouvements réguliers péristaltiques; il y a plutôt une tendance aux mouvements antipéristaltiques (nausées, vomissement).

A une période plus avancée, les symptômes intéressent d'une manière prédominante le domaine de la motilité et se traduisent par la paralysie des muscles extenseurs des mains.

Dans certains cas, l'intoxication saturnine provoque des accidents cérébraux (encéphalopathie saturnine).

Constantin Paul a signalé la fréquence de la métrorragie et de l'avortement dans les cas d'intoxication saturnine.

CAUSE DE L'INTOXICATION. — Réside dans l'absorption des préparations de plomb. Celle-ci se fait par les muqueuses (poussière de céruse) et surtout par la peau.

La peau est tapissée d'une couche de céruse, ce qui est établi par l'action des sulfureux. Tous les agents qui favorisent la pénétration et l'absorption du plomb sont funestes. Nous avons eu l'occasion de le constater dans

une fabrique de céruse où les ouvriers se lavaient les mains à l'huile de pétrole. Aussi longtemps que ce mode prétendument prophylactique a prévalu dans cette usine, nous avons eu un grand nombre de cas de saturnisme. La suppression de ce mode de lavage a diminué le nombre de cas.

TRAITEMENT. — Les indications sont multiples :

1. **Calmer les douleurs** par les préparations opiacées et antispasmodiques :

R. Laud. liq. Sydenh. 1 gr.
Ether sulfuric. 1 gr.
Aq. menth. piper. 200 gr.
par cuiller à soupe d'heure en heure.

Ce moyen suffit parfois à provoquer des selles, en diminuant l'excitation de la sensibilité.

2. **Provoquer des selles.** Deux ordres de moyens sont indiqués :

1^o) Huile de ricin 30 gr.

2^o) Purgatif agissant sur la tunique musculuse de l'intestin :

R. Aq. laxativ. Viennens. 200 gr.
Ether. sulfuric. 1 gr.

3^o) Lavement purgatif :

R. Infus. folior. sennae $\frac{x}{500}$ gr.
Sulfat sod. 30 gr.
pro enemate.

3. **Déterger la peau.** Deux moyens sont utiles :

1^o) Bains sulfureux. Le bain de Barèges est une bonne formule :

Monosulfure de sodium cristall.
Chlorure de sodium sec $\tilde{\text{aa}}$ 60 gr.
Carbonate de soude desséché 30 gr.
pour un bain.

2^o) Bains à l'hypochlorite de soude.

Chlorure de chaux sec 400 gr.

Carbonate de soude cristall. 800 gr.

Eau 18 litres environ.

A verser dans une baignoire de bois ou de zinc de la capacité ordinaire. Séjourner au bain une demi-heure ou trois quarts d'heure, en se frictionnant soit avec les mains, soit avec une brosse.

4. Élimination du plomb. — La peau et la muqueuse urinaire ont été surtout utilisées.

Les bains sulfureux et les bains d'hypochlorite de soude remplissent la première indication.

L'administration de l'iodure de potassium remplit la seconde (Melsens).

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Le meilleur traitement consiste à se laver la peau tous les jours avec la solution d'hypochlorite de soude.

MARCHE DE LA MALADIE.

Les symptômes douloureux ont rapidement cédé aux préparations purgatives et calmantes.

Le malade a pris quatre bains d'hypochlorite de soude :

Le 21 avril.

Le 23 avril.

Le 25 avril.

Le 29 avril.

La réaction saturnine cutanée a diminué après le premier bain ; on ne la constatait plus à la poitrine, elle a persisté jusqu'au quatrième bain à la paume des mains. Très faible après le bain, elle reparaisait un peu plus le lendemain, ce qui tend à prouver que l'élimination du plomb se fait par la peau.

Le malade est sorti guéri le 3 mai 1888.

Durée du séjour. — 17 jours.

OBSERVATION XVII.

Seyman
Saturnisme.

(Observation recueillie par M. Van Campenhout, externe du service.)

Le nommé Charles L., âgé de 27 ans, ouvrier cérusier, constitution faible, tempérament nerveux, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 19, lit 6) le 19 avril 1888.

Il présente les symptômes habituels du saturnisme : constipation opiniâtre, coliques, rétraction des parois abdominales, liséré gingival, réaction saturnine cutanée.

TRAITEMENT. — Lavement purgatif au séné (p. 79).

Potion calmante.

R. Aq. menth. pip. 200 gr.

Laud. liq. Syd. 1 gr.

Ether. sulfuric. 2 gr.

22 avril. Pas de selles. Les douleurs de ventre sont plus vives.

R. Olei ricin. 30 gr.

23 avril. Pas de selles. Les douleurs de ventre ont été si vives que l'on a dû faire une injection hypodermique de morphine :

R. Chlorhydrat. morphin. 10 centigr.

Aq. comm. dist. 10 gr.

us. ext.

Le contenu d'une seringue de Pravaz correspond à un gramme de la solution, soit à un centigramme de sel de morphine.

Bain à l'hypochlorite de soude.

Lavement purgatif (voir formule p. 79).

24 avril. Une selle. Soulagement. La réaction saturnine cutanée a diminué.

25 avril. La réaction cutanée est plus prononcée.

Bain d'hypochlorite.

29 avril. Troisième bain.

2 mai. Quatrième bain.

4 mai. Le malade n'a plus de réaction saturnine cutanée. Ressent encore de temps en temps des coliques.

Il sort de l'hôpital le 4 mai.

Durée du séjour : quinze jours.

OBSERVATION XVIII.

Van Hasbroeck,
Ep^{se} Schelcke

Abcès de la fosse iliaque droite.**RÉSUMÉ :**

Inflammation du tissu conjonctif de la fosse iliaque droite, suite de couches. — Ouverture dans l'intestin d'un foyer purulent. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Slosse, interne du service.)

La nommée Françoise Van H., épouse S., ^{*Schelcke*} âgée de 41 ans, lingère, constitution forte, tempérament nerveux, entre à l'hôpital Saint-Pierre (salle 36, lit 3) le 4 avril 1888.

Elle est accouchée fin février de son treizième enfant. Elle aurait eu une métrorragie à la suite de l'accouchement, mais elle en est guérie et nourrit encore son enfant.

Elle accuse depuis quelque temps des douleurs dans le bas-ventre, irradiant vers la cuisse droite; constipation; nausées; éructation; pas de vomissement, fièvre ne dépassant pas 39.6.

A l'inspection, on constate un ballonnement modéré du ventre et un empatement sur le trajet du psoas iliaque droit. Il est douloureux surtout à la pression et la douleur irradie vers la cuisse, sans rétraction toutefois de la cuisse.

TRAITEMENT. — Onguent mercuriel belladonné et cataplasme émollient loco dolenti.

Huile de ricin 30 gr.

Le 17 avril, soit treize jours après l'entrée, la malade a des selles purulentes, trois à quatre par jour, à la suite desquelles il y a eu du soulagement.

Le 20 nous accordons la demi-portion et une potion à l'extrait de quinquina.

25 avril. La malade a ressenti hier une douleur très vive périombilicale, irradiant vers l'estomac; vomissements biliaires; quatre selles liquides. Teint ictérique et douleur à la pression préhépatique.

L'ensemble des symptômes nous fait admettre l'existence d'une colique hépatique.

Prescription : Diète. — Potion opiacée et éthérée.

R. Aq. menth. pip. 200 gr.
Laud. liquid. Sydenh. 1 gr.
Liq. anod. Hoffmann 1 gr.

Cataplasme au-devant du foie.

Les symptômes ne se sont plus reproduits.

7 mai. L'empâtement reparaît dans la fosse iliaque droite, douloureux surtout à la pression et la douleur irradie surtout vers l'estomac.

Nous prescrivons la pommade mercurielle belladonée.

La malade exige sa sortie le 8 mai, se disant suffisamment guérie et rappelée pour soigner ses enfants.

RÉFLEXIONS :

1. Cette observation présente de l'intérêt, surtout quand on la rapproche des observations VII, VIII et IX.

Dans les trois observations, il y avait eu péritonite, immédiatement après l'expulsion de l'enfant, c'est-à-dire sous l'influence des conditions spéciales qui caractérisent l'état puerpéral. La péritonite avait présenté les symptômes habituels. Dans deux cas, elle s'était terminée par un abcès qui s'était ouvert dans l'intestin; dans le troisième cas, elle s'était terminée par résolution.

Notre malade actuelle nous a présenté une autre complication : c'est le **phlegmon des fosses iliaques**; inflammation du tissu conjonctif du bassin.

Il diffère dans son évolution de la péritonite, parce que son mode de début est le plus souvent lent et ne s'accompagne que rarement de frisson

initial violent. Le plus souvent le début est graduel et ne s'accuse que par une douleur vague.

Il a rarement le caractère d'une affection puerpérale, bien que son origine doive le ranger le plus souvent parmi les affections post-puerpérales.

2. La terminaison que nous avons observée ici s'est faite par rupture du foyer purulent dans l'intestin. C'est la terminaison la plus favorable.

Il s'ouvre parfois à la peau; le processus est alors beaucoup plus long et dure même parfois six à huit mois, en s'accompagnant de symptômes très graves.

D'autres fois il s'ouvre dans le vagin.

3. Le traitement consiste dans les onctions d'onguent mercuriel belladonné, le cataplasme émollient, les purgatifs.

On a recommandé dans ces cas des révulsifs (vésicatoires volants ou vésicatoires pansés avec solution de deutochlorure de mercure). Ce moyen est utile dans les cas graves.

4. La malade a quitté l'hôpital trop tôt; comme dans tous les cas d'abcès ouverts sur des surfaces muqueuses, la marche de l'évacuation du pus est capricieuse, parce que la plaie muqueuse a une tendance très prononcée à s'oblitérer avant la guérison du fond de l'abcès. Il en résulte fort souvent des réapparitions de selles purulentes après plusieurs jours de guérison apparente. Le cas est identique à ce qui se passe dans les abcès pulmonaires ouverts dans les bronches. Il est probable que la malade aura encore des selles purulentes chez elle.

Règles d'utilisation de copies numériques d'œuvres littéraires, réalisées par les Archives & Bibliothèques de l'ULB

L'usage des copies numériques réalisées par les Archives & Bibliothèques de l'ULB, ci-après A&B,, d'œuvres littéraires qu'elles détiennent, ci-après dénommées « documents numérisés », implique un certain nombre de règles de bonne conduite, précisées dans le présent texte. Celui-ci est accessible sur le site web des A&B et reproduit sur la dernière page de chaque document numérisé ; il s'articule selon les trois axes [protection](#), [utilisation](#) et [reproduction](#).

Protection

1. Droits d'auteur

La première page de chaque document numérisé indique les droits d'auteur d'application sur l'œuvre littéraire.

Les œuvres littéraires numérisées par les A&B appartiennent majoritairement au domaine public. Pour les œuvres soumises aux droits d'auteur, les A&B auront pris le soin de conclure un accord avec leurs ayants droits afin de permettre leur numérisation et mise à disposition. Les conditions particulières d'utilisation, de reproduction et de communication de la copie numérique sont précisées sur la dernière page du document protégé.

Dans tous les cas, la reproduction de documents frappés d'interdiction par la législation est exclue.

2. Responsabilité

Malgré les efforts consentis pour garantir les meilleures qualité et accessibilité des documents numérisés, certaines déficiences peuvent y subsister – telles, mais non limitées à, des incomplétudes, des erreurs dans les fichiers, un défaut empêchant l'accès au document, etc. -.

Les A&B déclinent toute responsabilité concernant les dommages, coûts et dépenses, y compris des honoraires légaux, entraînés par l'accès et/ou l'utilisation des documents numérisés. De plus, les A&B ne pourront être mises en cause dans l'exploitation subséquente des documents numérisés ; et la dénomination 'Archives & Bibliothèques de l'ULB', ne pourra être ni utilisée, ni ternie, au prétexte d'utiliser des documents numérisés mis à disposition par elles.

3. Localisation

Chaque document numérisé dispose d'un URL (uniform resource locator) stable de la forme

<http://digistore.bib.ulb.ac.be/annee/nom_du_fichier.pdf> qui permet d'accéder au document ; l'adresse physique ou logique des fichiers étant elle sujette à modifications sans préavis. Les A&B encouragent les utilisateurs à utiliser cet URL lorsqu'ils souhaitent faire référence à un document numérisé.

Utilisation

4. Gratuité

Les A&B mettent gratuitement à la disposition du public les copies numériques d'œuvres littéraires appartenant au domaine public : aucune rémunération ne peut être réclamée par des tiers ni pour leur consultation, ni au prétexte du droit d'auteur.

Pour les œuvres protégées par le droit d'auteur, l'utilisateur se référera aux conditions particulières d'utilisation précisées sur la dernière page du document numérisé.

5. Buts poursuivis

Les documents numérisés peuvent être utilisés à des fins de recherche, d'enseignement ou à usage privé. Quiconque souhaitant utiliser les documents numérisés à d'autres fins et/ou les distribuer contre rémunération est tenu d'en demander l'autorisation aux A&B, en joignant à sa requête, l'auteur, le titre, et l'éditeur du (ou des) document(s) concerné(s).

Demande à adresser au Directeur des Archives & Bibliothèques, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, CP180, B-1050 Bruxelles. Courriel : bibdir@ulb.ac.be.

6. Citation

Pour toutes les utilisations autorisées, l'utilisateur s'engage à citer dans son travail, les documents utilisés, par la mention « Université Libre de Bruxelles - Archives & Bibliothèques » accompagnée des précisions indispensables à l'identification des documents (auteur, titre, date et lieu d'édition, cote).

7. Exemple de publication

Par ailleurs, quiconque publie un travail – dans les limites des utilisations autorisées - basé sur une partie substantielle d'un ou plusieurs document(s) numérisé(s), s'engage à remettre ou à envoyer gratuitement aux A&B un exemplaire (ou, à défaut, un extrait) justificatif de cette publication. Exemple à adresser au Directeur des Archives & Bibliothèques, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, CP 180, B-1050 Bruxelles. Courriel : bibdir@ulb.ac.be.

8. Liens profonds

Les liens profonds, donnant directement accès à un document numérisé particulier, sont autorisés si les conditions suivantes sont respectées :

- a) les sites pointant vers ces documents doivent clairement informer leurs utilisateurs qu'ils y ont accès via le site web des A&B ;
- b) l'utilisateur, cliquant un de ces liens profonds, devra voir le document s'ouvrir dans une nouvelle fenêtre ; cette action pourra être accompagnée de l'avertissement 'Vous accédez à un document du site web des Archives et Bibliothèques de l'ULB'.

Reproduction

9. Sous format électronique

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans ce règlement le téléchargement, la copie et le stockage des copies numériques sont permis. Toutefois les copies numériques ne peuvent être stockées dans une autre base de données dans le but d'y donner accès ; l'URL permanent (voir [Article 3](#)) doit toujours être utilisé pour donner accès à la copie numérique mise à disposition par les Archives & Bibliothèques.

10. Sur support papier

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans le présent texte les fac-similés exacts, les impressions et les photocopies, ainsi que le copié/collé (lorsque le document est au format texte) sont permis.

11. Références

Quel que soit le support de reproduction, la suppression des références aux Archives & Bibliothèques dans les documents numérisés est interdite.