

la fétidité des crachats coïncider avec l'existence d'une gangrène plus ou moins étendue, qui avait envahi les parois mêmes d'une ou plusieurs excavations tuberculeuses. Cette gangrène est reconnaissable, 1° par l'odeur qu'exhalent les parties qui en sont frappées; 2° par la couleur verdâtre ou d'un gris de ces mêmes parties; 3° par leur ramollissement dans quelques cas, et leur transformation en une sorte de détritris gris ou noir. C'est une chose remarquable que de n'observer quelquefois cette gangrène que dans l'espace de quelques lignes autour des excavations tuberculeuses; entre celles-ci, le parenchyme pulmonaire n'en présente plus aucune trace. Elle est une des causes qui peuvent hâter la mort chez un certain nombre de phthisiques; le moment où elle survient est annoncé par l'odeur fétide que prennent les crachats, et plus tard par leur changement de couleur, si le malade vit encore assez long-temps pour que la partie gangrénée puisse tomber en détritris et constituer une partie de la matière de l'expectoration. Ainsi se gangrènent souvent les bords et le fond de certains ulcères cancéreux de l'estomac, et surtout de l'utérus. Plus souvent encore que chez l'homme, nous avons constaté chez les animaux, et en particulier chez le cheval et chez le cochon, l'existence dans les poumons d'une gangrène limitée aux parois d'excavations tuberculeuses. Il est d'ailleurs vraisemblable que la gangrène, dans ce cas, n'est que consécutive à une inflammation aiguë ou chronique dont le parenchyme pulmonaire avait été le siège autour des cavernes. Celles-ci peuvent alors être comparées à des espèces d'ulcères de mauvaise nature, autour desquels le travail inflammatoire se modifie de manière qu'il a une remarquable tendance à se terminer par gangrène.

Nous avons vu des individus qui ne semblaient être atteints que d'une simple bronchite chronique, et chez lesquels l'ex-

pectoration habituellement inodore, devenait par intervalles d'une véritable fétidité gangréneuse, sans que les autres qualités de crachats, et en particulier leur couleur, subissent en même temps de changement. On ne peut guère admettre que dans de semblables cas cette fétidité, toute grande, toute repoussante qu'elle était, annonçât un état gangréneux du poumon. Comment concevoir, en effet, que, sans produire un ensemble de symptômes très-graves, la gangrène pût ainsi frapper, à diverses reprises, le parenchyme pulmonaire? En second lieu, pour que les crachats cessassent d'être fétides, si leur fétidité était causée par la gangrène, il aurait fallu que les parties du poumon gangrénées fussent détachées et expectorées sous forme d'un détritris grisâtre qui ne peut guère être méconnu: or, dans les cas dont nous parlons, nous n'observâmes rien de semblable. L'observation suivante fournit un exemple d'un de ces cas.

VIII^e OBSERVATION.

Fétidité de la matière expectorée, assez considérable pour faire croire à l'existence d'une gangrène du poumon, et disparaissant spontanément au bout d'un certain temps (1).

Un cordonnier, âgé de quarante-trois ans, né d'un père qui, toute sa vie, a été très-sujet à contracter des rhumes, et qui cependant n'est mort qu'à soixante-quatorze ans, ayant eu plusieurs enfants qui sont morts de maladies de poitrine, toussa lui-même presque habituellement depuis sa plus tendre enfance. De temps en temps la toux devient plus forte, plus

(1) Voyez d'autres cas de ce genre dans le tome troisième.

pénible, alors il a beaucoup d'oppression, et il suspend momentanément ses occupations.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, la face avait une teinte livide, la respiration était haute, accélérée, le décubitus horizontal impossible, sous peine de suffocation; chaque inspiration était accompagnée d'un fort sifflement dans la trachée-artère. A gauche, en arrière, la sonorité était moindre que dans les autres points des parois thoraciques: là aussi le bruit d'expansion pulmonaire ne s'entendait que d'une manière très-obscur, avec mélange de râle muqueux. Ailleurs, le bruit respiratoire était très-intense, *puérit*, avec râle ronflant ou sibilant en plusieurs points. Les crachats étaient formés d'une sorte de purée homogène, jaune-verdâtre, non adhérents au vase, exhalant une odeur très-fétide, gangréneuse. Le malade leur trouvait une odeur désagréable, qu'il comparait à celle des renvois d'œufs pourris des mauvaises digestions. Cette odeur et cette saveur particulières des crachats n'existaient que depuis une dizaine de jours: le cœur paraissait être dans son état physiologique; il n'y avait jamais eu aucune trace d'hydropisie. Cinq ou six ans auparavant, pendant le cours d'un très-fort catarrhe, une hémoptysie assez abondante avait eu lieu: à cette même époque s'étaient manifestées d'abondantes sueurs, qui n'avaient plus reparu depuis. L'ingestion des aliments dans l'estomac était suivie habituellement d'un sentiment de pesanteur à l'épigastre; le pouls n'avait qu'une médiocre fréquence, sans chaleur à la peau; la nutrition était en assez bon état.

Quel diagnostic pouvait être ici porté? Ce qu'il y avait de plus évident, c'était l'existence d'une inflammation chronique des bronches, propagée, depuis un temps plus ou moins ancien, à une portion de parenchyme pulmonaire. L'extrême fétidité des crachats nous porta à croire que dans quelques

points de ce parenchyme l'inflammation s'était terminée par gangrène: le milieu de la poitrine fut couvert d'un large vésicatoire.

Les jours suivants l'état du malade ne subit d'abord que peu de changement, puis la toux diminua d'intensité, et en même temps la gêne de la respiration devint sensiblement moindre; le décubitus horizontal ne fut plus impossible. Quant aux crachats, ils restèrent à peu près aussi fétides pendant une quinzaine de jours, puis leur odeur devint moins repoussante; puis enfin ils devinrent inodores comme les crachats d'une simple bronchite; leurs autres caractères restèrent d'ailleurs les mêmes. Nous nous demandions s'il y avait eu réellement ici gangrène du poumon, lorsque le malade nous dit que déjà plusieurs fois, lorsque son catarrhe habituel s'était exaspéré, ses crachats avaient présenté une odeur et une saveur semblables à celles qui existaient à l'époque de son entrée à l'hôpital: nous fûmes dès lors porté à penser que la fétidité des crachats était ici indépendante d'une affection gangréneuse. Cet individu ne tarda pas à quitter l'hôpital pour aller reprendre ses occupations, toussant encore, et conservant toujours un son mat dans la partie postérieure gauche du thorax.

Quelle que soit la cause à laquelle on attribue la fétidité des crachats présentée par le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, on retiendra, comme un fait de pratique assez curieux, que la fétidité comme gangréneuse de l'expectoration peut disparaître après avoir duré pendant un temps plus ou moins long, et que ce n'est pas par conséquent un signe nécessairement mortel. C'est encore ce que nous avons eu occasion de constater chez un autre individu de cinquante ans environ, ancien capitaine, qui, lors de son entrée à la Cha-

rité, ne présentait que les symptômes d'une simple bronchite chronique. Peu de temps après son entrée, les crachats, jusqu'alors inodores, acquièrent une odeur tellement fétide, qu'on la sentait à la distance de quelques pieds. L'état du malade restait d'ailleurs le même. Cette fétidité persista pendant vingt jours environ, puis elle diminua, et enfin disparut complètement. Cet individu ne tarda pas à quitter l'hôpital dans un état assez satisfaisant. De ces faits nous rapprocherons une observation consignée dans le recueil des Thèses de Haller; elle est relative à un homme qui expectora pendant longtemps une matière purulente tellement fétide, qu'il était impossible de rester dans sa chambre sans que les fenêtres fussent ouvertes. Cet homme fut cependant rendu à la santé.

66. La saveur des crachats des phthisiques a été notée avec autant de soin que leur odeur. La plupart des auteurs ont avancé que les phthisiques dont les crachats sont insipides tombent moins promptement dans le marasme (1). Nos propres observations ne nous ont pas confirmé la vérité de cet adage. Nous avons vu quelques phthisiques qui se plaignaient de la saveur insupportable de leurs crachats, et qui n'ont dépéri que lentement. D'autres, au contraire, dont les crachats étaient à peu près insipides, ont atteint beaucoup plus promptement le terme fatal. Nous n'avons vu que très-peu de phthisiques qui nous aient dit trouver dans leurs crachats la saveur douce et sucrée qu'Hippocrate regarde comme un des signes de la consommation pulmonaire. Suivant la plupart des auteurs, ces crachats sucrés sont constamment accompagnés d'un amaigrissement rapide. Mais cette opinion nous paraît avoir

(1) *Ad phthisin proni, qui frequenter insipida sputant, tardius tabescunt* (Bennet. theatr. tabid.)

été principalement avancée pour soutenir une ancienne hypothèse, d'après laquelle on admettait que la saveur sucrée des crachats était due à la présence de la matière nutritive, qui, passant à travers des poumons altérés, ne pouvait s'y élaborer, transsudait à travers les parois des bronches, et se mêlait aux crachats, dont elle formait une grande partie.

Quant aux crachats salés, également notés par Hippocrate (1), et que Morton regardait comme un signe précurseur de la phthisie, nous pensons qu'on y a aussi attaché trop d'importance. Nous avons vu beaucoup d'individus, atteints d'une simple bronchite, dont les crachats avaient une saveur salée, et qui ne sont pas devenus phthisiques. D'un autre côté, nous avons observé un grand nombre de phthisiques dont les crachats n'ont jamais présenté de saveur salée bien prononcée.

67. L'espèce d'intermittence que présente l'expectoration chez un certain nombre de phthisiques est une circonstance importante à connaître. Chez des individus, par exemple, dont les poumons contiennent de nombreuses cavernes, on voit pendant plusieurs jours de suite la matière de l'expectoration n'être formée que par un peu de mucosité grisâtre et filante; puis les crachats, changeant tout-à-coup de caractère, deviennent purulents et semblables à la matière contenue dans les cavernes; après que cette expectoration a continué pendant un temps plus ou moins long, elle cesse de nouveau, pour être remplacée par une simple expectoration de mucosités, et ainsi plusieurs fois de suite. Chez beaucoup de phthisiques l'expectoration n'est caractéristique que pendant la nuit ou le matin; le reste de la journée ils ne crachent pas, ou bien leur expectoration a un aspect tout différent. Chez d'au-

(1) *Phthisici salsuginosum sputant, deinde dulcius.*

très, l'expectoration n'a lieu que vers la fin des exacerbations de la fièvre hectique; leur toux est sèche pendant toute la durée du redoublement. Il en est, sous ce rapport, des excavations tuberculeuses du poumon comme de plusieurs ulcères externes, dont on a vu la surface se dessécher pendant l'accès d'une fièvre intermittente, et commencer à s'humecter de nouveau à mesure que l'accès approchait de sa fin.

68. Après avoir esquissé les principaux traits de l'histoire de l'expectoration chez les phthisiques, il nous reste à chercher jusqu'à quel point la considération des crachats, chez ces malades, peut conduire à des données certaines sur l'existence des tubercules pulmonaires. L'observation nous a convaincu qu'il n'y a presque aucune des nuances des crachats dont nous avons parlé, qui ne s'observent aussi dans les cas de simples bronchites chroniques. En raison des variétés infinies d'inflammation qui peuvent frapper les voies aériennes, le liquide sécrété par la membrane muqueuse peut présenter la plupart des nuances de forme, de consistance, de couleur, d'odeur que présente le liquide formé dans les excavations tuberculeuses.

D'un autre côté, dans plus d'un cas de phthisie avec ramollissement de tubercules et formation des cavernes, on voit l'expectoration rester constamment muqueuse, telle, par exemple, qu'on l'observe vers le milieu ou la fin de certaines bronchites aiguës, et il est clair que dans des cas de ce genre la considération des crachats ne pourrait que nous induire en erreur sur la véritable nature de la maladie. Sous ce rapport, les faits suivants ne sont pas sans intérêt.

IX^e OBSERVATION.

Excavations tuberculeuses dans les poumons. Expectoration purement catarrhale.

Une jeune fille était tourmentée par une toux violente et une dyspnée considérable. La poitrine résonnait parfaitement bien dans toute son étendue. Il y avait une pectoriloquie évidente au-dessous de la clavicule droite. Cependant l'expectoration fut toujours purement catarrhale, pendant trois semaines que nous l'observâmes. (Mucosité incolore, transparente et très-filante, adhérant aux bords du vase par de longues stries, dont quelques-unes sont opaques.) Dévoiement; fièvre hectique. Cette jeune fille s'éteignit peu à peu, et succomba sans agonie. Le sommet du poumon droit était creusé par plusieurs excavations communiquant toutes ensemble, et remplies à moitié par un liquide cendré, au milieu duquel existaient de petits grumeaux d'un blanc mat. Les deux poumons étaient d'ailleurs parsemés de nombreux tubercules, la plupart à l'état de crudité.

Il est vraisemblable que chez cette malade la cavité creusée dans le sommet du poumon droit n'était le siège que d'une sécrétion très-peu active; d'un autre côté, l'exhalation bronchique n'était à peu près modifiée que sous le rapport de sa quantité; de là l'absence de matière purulente dans les crachats.

X^e OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire au dernier degré. Expectoration habituellement catarrhale, ne devenant caractéristique que par intervalles.

Un jeune homme, chez lequel la phthisie pulmonaire au dernier degré était annoncée par une toux opiniâtre qui persistait depuis sept à huit mois, par la fièvre hectique, le marasme, une grande dyspnée, et chez lequel nous reconnûmes de la pectoriloquie dans la fosse sus-épineuse droite, avait habituellement une expectoration tout-à-fait insignifiante, semblable à celle du catarrhe aigu parvenu à sa dernière période. C'était un mucus d'un jaune verdâtre, homogène, filant, mêlé d'air et de salive. Quatre à cinq fois seulement, pendant les six semaines environ que le malade resta à l'hôpital, à ce mucus furent mêlées des stries d'un gris rougeâtre sale, qui nous parurent venir des cavernes pulmonaires. A l'ouverture du cadavre, on trouva le poumon droit rempli, du sommet à sa base, par une infinité de petits tubercules miliaires; il y en avait également, mais en quantité beaucoup moindre, dans le poumon gauche; au sommet du poumon droit existait une caverne pouvant contenir une grosse noix: elle était entièrement vide.

Chez ce malade, l'existence d'une pectoriloquie très-prononcée, sans gargouillement, annonçait, pendant la vie, que la cavité où pénétrait l'air était vide de liquide: la matière tuberculeuse qui l'avait antécédemment remplie, ou bien avait été résorbée, ou bien, ce qui est plus vraisemblable, avait été expectorée avant l'entrée du malade à l'hôpital. L'ouverture

du cadavre démontra effectivement cet état de vacuité de la caverne, et, dès lors, comme dans le cas précédent, l'aspect catarrhal des crachats fut expliqué.

XI^e OBSERVATION.

Caverne pulmonaire sans toux ni expectoration.

Un jeune homme de dix-huit ans présentait tous les symptômes d'une péritonite et d'une entérite chroniques. Plusieurs fois nous lui avons demandé s'il toussait; il avait toujours répondu négativement. L'expectoration était nulle. La respiration semblait un peu gênée; mais ce symptôme ne pouvait-il pas dépendre de la péritonite? Le malade succomba dans le dernier degré du marasme. De nombreuses ulcérations, au fond desquelles existait de la matière tuberculeuse, parsemaient la muqueuse intestinale. Un épanchement purulent existait dans le péritoine, que recouvraient des fausses membranes d'un rouge intense; au milieu d'elles s'étaient développés des tubercules. Le sommet du poumon droit était creusé par une cavité capable de contenir une pomme d'api; une couche purulente concrète, peu épaisse, en tapissait les parois: cette cavité était vide. A côté d'elle existaient trois ou quatre autres cavités plus petites, communiquant les unes avec les autres, également vides. Le reste du parenchyme pulmonaire contenait beaucoup de tubercules crus. La muqueuse bronchique était pâle.

Ici, la phthisie pulmonaire était encore plus occulte que dans les cas précédents. C'est en pareille circonstance que

L'auscultation est éminemment utile; seule, elle eût pu révéler une partie des graves lésions dont le poumon droit était le siège. D'ailleurs l'état de vacuité des cavernes, et surtout l'aspect sain de la muqueuse bronchique, rendent compte de l'absence de la toux et de l'expectoration. Ici encore ces cavernes, une fois vidées de la matière tuberculeuse, n'avaient plus sécrété de nouveau liquide, comme si le travail pathologique dont l'abdomen était le siège eût, dans ce cas, suspendu la marche de l'affection pulmonaire.

69. Des diverses considérations auxquelles nous nous sommes livré dans ce paragraphe, il nous paraît résulter que la seule inspection des crachats ne doit pas plus suffire pour affirmer que pour nier l'existence de la phthisie pulmonaire. Ainsi, lorsque Cullen a défini cette maladie, une expectoration de pus ou de matière purulente qui sort des poumons et est accompagnée de fièvre hectique, il a donné une définition qui nous semble incomplète et inexacte, puisqu'il l'a basée sur un symptôme qui n'existe pas toujours, et qui, lorsqu'il existe, ne suffit pas pour caractériser la maladie.

§ IV. SIGNES FOURNIS PAR L'HÉMOPTYSIE.

70. L'observation a depuis long-temps démontré la liaison très-fréquente de l'hémoptysie à l'existence actuelle ou future des tubercules pulmonaires. Il nous semble donc inutile de rapporter ici de nouveaux faits à l'appui d'une vérité si généralement reconnue. C'est sur d'autres points de l'histoire de l'hémoptysie que nous devons particulièrement insister dans ce paragraphe. Nous nous occuperons d'abord de déterminer quelles sont les diverses lésions du poumon, soit qu'elles coïncident ou non avec les tubercules, qui peuvent être considé-

rées comme la cause du crachement de sang. Nous chercherons ensuite à apprécier les différentes circonstances dans lesquelles se manifeste l'hémoptysie dans les diverses périodes de la phthisie pulmonaire; enfin, nous signalerons les cas où d'abondantes hémoptysies ont existé sans avoir été suivies des symptômes de la phthisie.

71. Nos observations nous portent à admettre quatre sources principales pour le sang qui est expectoré. Il peut provenir: 1° de la muqueuse des bronches, 2° du parenchyme même du poumon, 3° d'une excavation tuberculeuse, 4° d'un anévrysme de l'aorte. Nous ne parlerons ici que des trois premiers cas.

A. SANG EXHALÉ PAR LA MEMBRANE MUQUEUSE DES VOIES AÉRIENNES (BRONCHO-HÉMORRHAGIE).

Chez un certain nombre d'individus morts pendant la durée d'abondantes hémoptysies, nous n'avons pu assigner d'autre source au sang expectoré que la membrane muqueuse; il y avait d'ailleurs en même temps des tubercules à divers degrés de développement. Une fois seulement nous n'en trouvâmes aucun; le parenchyme pulmonaire était parfaitement sain, et l'exhalation sanguine opérée à la surface des bronches parut être la seule cause de la mort. C'est ainsi que nous avons vu des individus rapidement entraînés au tombeau par d'abondantes hémorrhagies intestinales, et que, plus d'une fois, de simples épistaxis ont pu compromettre la vie des malades. La membrane muqueuse, source de l'hémoptysie, n'offre pas d'ailleurs d'autre lésion, dans ce cas, que celle qu'elle présente dans les cas de simple bronchite. Quelquefois même alors elle est pâle, ou a tout au plus une teinte blanche légèrement ro-

sée. C'est encore ce que nous voyons pour les hémorrhagies d'autres membranes muqueuses. Dans plusieurs cas d'hémorrhagies intestinales, en particulier, nous avons trouvé la membrane muqueuse généralement pâle, avec injection légère en quelques points. On peut, à la vérité, attribuer cette décoloration des muqueuses à la suite des hémorrhagies, à ce que le sang s'est échappé des vaisseaux au lieu d'y rester contenu. De quelque manière qu'on veuille expliquer ce fait, il n'en est pas moins important à retenir.

B. SANG FOURNI PAR UN ÉPANCHEMENT SANGUIN QUI S'EST OPÉRÉ AU MILIEU DU PARENCHYME DU POUMON (*apoplexie pulmonaire de Laennec*, PNEUMO-HÉMORRHAGIE).

Depuis que l'apoplexie pulmonaire, que nous aimons mieux appeler pneumo-hémorrhagie, par opposition à la broncho-hémorrhagie, a été signalée et si bien décrite par Laennec, nous avons eu de fréquentes occasions de l'observer. Où existe ici l'épanchement sanguin? Quelques recherches nous portent à croire qu'il a peut-être lieu principalement dans les dernières ramifications de l'arbre bronchique, dans les vésicules pulmonaires elles-mêmes, et que, par conséquent, la pneumo-hémorrhagie serait à la broncho-hémorrhagie ce qu'est la pneumonie à la simple bronchite; il n'y aurait là que des degrés différents d'une même affection. (*Voyez*, sur ce dernier point, tom. III de cet ouvrage.) Si, en effet, l'on soumet à une macération un peu prolongée les petites masses noires et dures de l'apoplexie pulmonaire, on les voit blanchir, et à mesure que l'eau entraîne le sang accumulé dans ces masses, celles-ci, coupées par tranches, présentent à leur surface un grand nombre de petites lacunes qui les font paraître comme criblées de trous. Or, d'où peut provenir un semblable aspect, si ce

n'est de rameaux bronchiques qui ont été considérablement dilatés par du sang coagulé qui les remplissait? Nous engageons les anatomistes à répéter ces essais.

Si ces rondelles apoplectiques sont uniquement le résultat d'un épanchement de sang, pourquoi présentent-elles le plus ordinairement une couleur d'un noir foncé? Cela ne vient pas vraisemblablement de ce que le sang qui s'épanche est toujours du sang veineux, mais plutôt de la stase de ce sang, soit artériel, soit veineux, au milieu des tissus. D'anciennes expériences de Hunter, souvent répétées depuis lui, ont eu effet prouvé, qu'arrêté sur un animal vivant entre deux ligatures, le sang contenu dans une artère ne tarde pas à prendre la couleur brune du sang veineux. C'est encore ainsi que dans le cerveau, comme dans le poumon, le sang qui a déjà été épanché depuis quelque temps présente une couleur beaucoup plus noire que celle du sang veineux lui-même.

D'où provient enfin l'extrême dureté de ces mêmes rondelles? On peut en attribuer la cause à la résorption de la partie la plus liquide du sang épanché, et à la rapide coagulation de celui qui reste. C'est aussi ce qu'on observe dans certains cas d'apoplexie cérébrale. S'il nous était donné d'assister à la formation de l'apoplexie pulmonaire, il est vraisemblable qu'il y aurait une époque où la portion de poumon qui en est le siège ne nous présenterait pas la remarquable dureté qu'elle offre plus tard. Cette conjecture semble trouver un appui dans le fait suivant.

Un homme, âgé de quarante-cinq ans, atteint d'un anévrysmes de l'aorte thoracique, dont nous donnerons ailleurs la description, mourut à la Charité dans le cours du mois d'octobre 1824. Vers le centre du poumon gauche, une portion du parenchyme, du volume d'un citron, présentait une couleur plus rouge que le reste de l'organe. Loin d'être en-

durcie, cette portion était, au contraire, remarquable par son extrême mollesse; il s'en écoulait une grande quantité de sang qui semblait y être comme épanchée; on eût dit d'une sorte de foyer apoplectique. N'est-ce pas là un état qui peut précéder la formation des rondelles dures et noires décrites par Laennec?

On trouve en quelque sorte l'exagération de ce même état dans le cas suivant, qui a été rapporté par Corvisart (*Commentaire sur le Traité de la Percussion, d'Avenbrugger*). Un homme, âgé de trente-sept ans, se couche très-bien portant, à onze heures du soir; à trois heures et demie du matin on veut l'éveiller, on le trouve mort. Du sang sortait par le nez et la bouche. On trouva tout le poumon droit déchiré, et comme macéré par une énorme quantité de sang noir qui l'engorgeait. La substance du poumon semblait véritablement se confondre avec les caillots. Les bronches étaient pleines de sang noir, ainsi que la trachée, le larynx, l'arrière-gorge et les fosses nasales. Le sang avait aussi reflué dans les bronches du poumon gauche. Aucune autre lésion n'existait.

La pneumo-hémorrhagie n'entraîne pas nécessairement l'hémoptysie. Plus d'une fois nous avons trouvé des engorgements apoplectiformes dans des poumons d'individus qui n'avaient jamais craché de sang. Chez d'autres, le sang, d'abord épanché dans le poumon, se fait jour dans la cavité de la plèvre. Voici un cas de ce genre.

XII^e OBSERVATION.

Epanchement sanguin, formé primitivement dans le parenchyme du poumon et ouvert dans la plèvre. Tubercules pulmonaires.

Un homme, d'un âge moyen, présentait les différents symptômes qui caractérisent une phthisie pulmonaire déjà fort

avancée: gargouillement et son mat sans pectoriloquie manifeste au-dessus des deux clavicules; toux fréquente, avec expectoration de crachats puriformes (plaques nummulaires, isolées les unes des autres, surnageant à un liquide comme gommeux); hémoptysies antécédentes; peu de dyspnée; sueurs chaque nuit; diarrhée indolente; marasme.

Un matin, nous trouvâmes le malade respirant beaucoup plus difficilement que de coutume; il était couché sur le côté gauche, et ne pouvait prendre une autre position sans que sa respiration devint encore plus gênée. Il n'avait ressenti aucune douleur dans le thorax; les crachats étaient légèrement teints de sang; à gauche en arrière, et latéralement jusqu'un peu au-dessus du niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, le son était très-mat; le bruit respiratoire était nul, si ce n'est lorsque le malade s'efforçait d'inspirer; alors on entendait la respiration bronchique. Dans cette même étendue la voix présentait une résonance qu'elle n'avait point ailleurs. Les deux jours suivants la dyspnée devint de plus en plus grande; une plus grande quantité de sang colora les crachats, et le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Nombreux tubercules dans les poumons; larges excavations à leur sommet, avec induration grise ou noire autour d'elles. Des adhérences intimes unissent au côté le lobe supérieur du poumon gauche; mais entre les parois thoraciques et le lobe inférieur de ce même poumon est interposé un bon litre de sérosité rougeâtre avec dépôt de flocons membraniformes à la face libre des plèvres costale et pulmonaire.

Jusque là on ne trouvait que des lésions prévues; mais, de plus, après que le liquide contenu dans la plèvre gauche en