

ralluma momentanément la fièvre; on en diminua la surface et on entretint le reste; on administra en même temps de légers diurétiques, soit en frictions, soit à l'intérieur. Peu de jours s'étaient à peine écoulés, que nous commençâmes à entendre un faible bruit respiratoire au-dessous de l'épine de l'omoplate et de la clavicule gauche, preuve manifeste que l'épanchement avait un peu diminué. Les quinze jours suivants, il resta stationnaire. Cependant tous ceux qui voyaient le malade le regardaient comme convalescent: nous l'aurions aussi considéré comme tel, si l'auscultation et la percussion n'eussent continué à indiquer l'existence d'un épanchement considérable. Dans cet état de choses, M. T... désira vivement retourner dans son pays, où il voulait, disait-il, passer le temps de sa convalescence. Persuadé que l'emploi bien dirigé des moyens hygiéniques était désormais pour lui une des grandes voies de guérison, nous accédâmes à ses désirs. M. T... passa un mois à la campagne au sein de sa famille; il faisait tous les jours un léger exercice, mangeait peu et buvait du lait. A son retour à Paris, il ne nous offrit plus aucune trace d'épanchement, et il jouissait d'une santé parfaite.

#### XI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Un Bavaois, tailleur, âgé de vingt-deux ans, taille élancée, peau blanche, muscles grêles, vint à pied, il y a quatre mois, d'Alsace à Paris, en portant sur son dos un sac assez lourd. Depuis cette époque, il a habituellement une toux sèche, et se plaint d'être un peu asthmatique; jamais il n'a éprouvé la moindre douleur dans la poitrine. Dans les cinq jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a expectoré une assez grande quantité de sang vermeil, écumeux. Entré le 14 mars, il présente, le 15, l'état suivant :

Face pâle, pouls fébrile, peau moite; son très-mat dans tout le côté droit du thorax, excepté sous la clavicule; de ce même côté le bruit respiratoire ne s'entend que dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. La voix ne présente aucune résonance particulière. Le côté droit, mesuré, est plus large que l'autre de sept à huit lignes. A gauche, le bruit respiratoire est fort, puéril, mêlé en quelques points de râle muqueux. Décubitus indifférent; respiration courte, accélérée; continuation de l'hémoptysie, forces bien conservées, fonctions digestives intactes. Diagnostic: *Pleurésie chronique à gauche, avec épanchement, compliquée d'hémoptysie.* (Saignée de douze onces.) Le sang présentait une couenne.

Le lendemain 16, l'hémoptysie était moins abondante et le pouls moins fréquent. (Saignée de douze onces; tisane d'orge; une crème de riz; deux bouillons.) Le sang était sans couenne. Le 17, l'hémoptysie avait presque entièrement cessé, il n'y avait plus de fièvre, mais tous les signes de l'épanchement persistaient. Le 18, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit; dans la nuit qui suivit cette application le crachement de sang augmenta. Du 19 au 23, le malade n'expectora plus, dans chaque vingt-quatre heures, que deux ou trois crachats teints de sang; à dater du 24, l'hémoptysie cessa entièrement. Depuis cette époque jusqu'au 11 avril, le malade fut constamment sans fièvre; il toussait très-peu et ne se plaignait que d'avoir l'haleine un peu courte: cependant rien n'annonçait une diminution de l'épanchement. Le 11 avril, cet homme, se sentant fort et se croyant bien portant, voulut quitter l'hôpital.

—  
 Cette observation nous offre l'exemple d'une pleurésie encore plus latente que la précédente. Ici, en effet, l'existence

de la maladie ne fut annoncée à aucune époque par de la douleur. M. Broussais a également rapporté plusieurs cas d'épanchements pleurétiques qu'aucune douleur n'accompagna ni ne précéda. Peut-être, chez cet individu, l'épanchement commença-t-il à se former dès l'époque de son arrivée à Paris. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas cet épanchement, mais seulement l'hémoptysie, qui força le malade à interrompre ses occupations et à entrer à la Charité. C'est de l'hémoptysie que dépendaient et la fièvre, et la dyspnée, et la toux fréquente; en un mot, l'état aigu que présentait le malade lors de son entrée. En effet, tous ces symptômes disparurent en même temps que le crachement de sang. Bien que l'épanchement fût assez considérable pour avoir dilaté le côté du thorax où il existait, il gênait si peu la respiration, il troublait tellement peu l'économie, que quiconque aurait vu le malade à cette époque, sans l'ausculter et le percuter, ou sans mesurer sa poitrine, l'aurait regardé comme complètement guéri.

Du reste, quel que fût alors le bon état du malade, le pronostic n'en était pas moins fâcheux. Convenablement traité, cet individu, à force de temps et de soins, aurait pu guérir comme le malade dont nous avons parlé dans la dixième observation; mais, dans un tel état, le moindre écart de régime, toutes les circonstances propres à accélérer le cours du sang, devaient lui être funestes; de là devaient résulter l'augmentation de la dyspnée, et par suite la tendance au marasme, la diminution progressive des forces, la fièvre hectique, la détérioration de toutes les fonctions, et enfin la mort.

Nous ne citerons pas d'autres observations de ce genre, parce qu'elles ne seraient que l'exacte répétition des précédentes. Passons maintenant aux cas où la pleurésie s'est terminée par la mort: comme ces cas sont d'un intérêt plus varié, nous en donnerons un assez grand nombre d'exemples.

XII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Un homme de trente-deux ans, exerçant dans les campagnes le métier de brocanteur, ayant quelquefois craché du sang, toussant depuis plusieurs années, et ayant habituellement la respiration un peu courte, ressent, le 19 mars, un violent point de côté à droite; en même temps, frisson suivi de chaleur, oppression. Les deux jours suivants, persistance de ces symptômes; application de cinquante sangsues sur la poitrine. Lors de l'entrée du malade à la Charité (quatrième jour depuis l'invasion de la douleur), une large saignée fut pratiquée. Le lendemain matin, cinquième jour, la respiration était très-gênée, la parole haletante; le décubitus avait lieu sur le côté droit; la douleur ne se faisait plus sentir que par la toux et la percussion. Le son était mat dans toute l'étendue de la partie postérieure droite du thorax; dans cette même partie, le bruit respiratoire était nul, ailleurs il était fort et net; il n'y avait aucune résonnance particulière de la voix. L'expectoration était celle de la bronchite chronique. Le pouls était fréquent et faible, la peau couverte de sueur. Le sang tiré la veille présentait un caillot dense, couvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, entouré de beaucoup de sérosité. Le malade était si faible, que M. Lerminier ne crut pas convenable d'ouvrir de nouveau la veine. (*Vingt sangsues à l'aune; vésicatoire de huit pouces de diamètre sur le côté droit; tisane de violette; deux bouillons.*)

Le sixième jour, oppression moindre, face meilleure; une très-grande quantité de sérosité s'était écoulée du vésicatoire. Le soir, grande gêne de la respiration.

Septième jour, le son est devenu mat, et le bruit respira-

toire ne s'entend plus à droite en avant ; ainsi l'épanchement a augmenté. Le côté droit, mesuré, est plus grand que l'autre de huit lignes ; le pouls est très-fréquent, bien que la peau soit sans chaleur ; les traits de la face s'altèrent ; l'affaiblissement général fait des progrès. (*Deux vésicatoires aux jambes ; on entretient celui du thorax. Décoction de polygala ; un grain de kermès dans cinq onces de potion gommeuse ; tisane de violette.*)

Les trois jours suivants, dyspnée de plus en plus grande ; mêmes signes par l'auscultation et la percussion. Décubitus sur le dos, un peu incliné à droite ; pouls fréquent et faible ; sueurs partielles de la tête et du cou.

Onzième jour, face cadavérique, respiration haletante, pouls filiforme, extrémités froides. Mort dans la nuit.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Tout le côté droit du thorax, depuis la première côte jusqu'au diaphragme, refoulé fortement en bas, est rempli par un liquide purulent mêlé à un peu d'air, qui s'échappe sous forme de bulle au moment où l'on incise un espace intercostal. Le poumon de ce côté, refoulé contre les médiastins, est réduit à une lame mince ; on lui rend facilement son volume par une insufflation légère. Des fausses membranes épaisses, molles, non encore organisées, le recouvrent. Son parenchyme est sain. La plèvre et le poumon du côté gauche ne présentent rien de remarquable. Le cœur, rempli de sang noir en partie coagulé, présente une hypertrophie légère du ventricule gauche, avec dilatation de sa cavité. — La face interne de l'aorte, en contact avec du sang noir liquide, est rouge. — Le foie, refoulé par le diaphragme fortement abaissé, descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Il est gorgé de sang. — Un

grand nombre de veines pleines de sang rampent sous la muqueuse gastrique.

Cette observation présente en quelque sorte le type des inflammations aiguës de la plèvre. Combattue dès son début par l'application d'un grand nombre de sangsues sur la poitrine, cette phlegmasie n'en marcha pas avec une intensité moins grande ; dès le cinquième jour, l'absence complète de tout bruit respiratoire, l'extrême matité du son, et en même temps l'ensemble des autres symptômes, annonçaient que l'épanchement était déjà très-considérable ; aussi l'on n'entendait ni égophonie, ni aucune modification de la voix qui s'en rapprochât. Dès le septième jour, il y avait déjà dilatation du côté où existait l'épanchement. Le décubitus eut d'abord lieu sur le côté malade ; puis à mesure que la dyspnée devint plus grande, et que la faiblesse augmenta, le malade resta couché sur le dos, de manière toutefois à être un peu incliné à droite. Ce dernier décubitus est caractéristique. Quant au traitement, nous avons vu quels motifs engagèrent M. Lermier à insister surtout sur les révulsifs.

Rapprochons maintenant cette observation de la x<sup>e</sup> et de la xi<sup>e</sup>. Tout indique que dans ces trois cas l'épanchement a été aussi considérable. Chez le sujet de la x<sup>e</sup> observation et chez celui dont il est question dans le résumé de la xi<sup>e</sup>, la formation de l'épanchement fut aussi rapide que chez le malade dont il s'agit maintenant. Comparons les symptômes. Quelle différence !

L'oppression légère, mais habituelle, dont se plaignait le malade depuis plusieurs années, est suffisamment expliquée par la lésion du cœur. Ne fut-ce pas là une des causes qui augmenta la gravité de la pleurésie ? En raison des fréquentes hé-

moptysies qui avaient eu lieu, on pouvait soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. On n'en trouva aucun.

### XIII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Épanchement pleurétique consécutif à l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre.

Un jeune homme de vingt-cinq ans entra à la Charité avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire (hémoptysies fréquentes depuis deux ans, toux habituelle depuis la même époque, oppression, diminution graduelle des forces et de l'embonpoint). La poitrine résonnait également bien partout. A droite, le bruit respiratoire était fort et net; à gauche, en avant et en arrière, il était masqué en divers points par un râle ou bruit analogue à celui que l'on produit en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon. Il n'y avait pas de pectoriloquie évidente. Diagnostic : excavations tuberculeuses dans le poumon gauche, tissu pulmonaire sain autour d'elles. Pendant les quinze jours suivants, le malade ne présenta rien de nouveau. Au bout de ce temps, nous le trouvâmes un matin couché sur le côté gauche, respirant beaucoup plus difficilement que les jours précédents, et n'accusant d'ailleurs aucun point douloureux. La poitrine, percutée, rendit un son mat à gauche en arrière; à la place du bruit respiratoire on entendait dans cette même étendue le bruit que nous avons déjà décrit; la voix avait une résonnance particulière qui la rapprochait de la voix du *potichinelle*. Le pouls était petit et fréquent, la face pâle, couverte de sueur. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*)

Les trois jours suivants, augmentation de la dyspnée; amai-

grissement rapide; altération profonde des traits; décubitus constant sur le côté gauche, malgré le vésicatoire. Pressentiment de sa fin prochaine, râle trachéal. Mort.

### OUVERTURE DU CADAVRE.

Une pinte d'un liquide séro-purulent existait dans la plèvre gauche. De fausses membranes, de formation récente, recouvraient toute la surface du poumon, dont le volume était peu diminué. Lorsqu'on eut enlevé ces pseudo-membranes, on découvrit sur la face externe du poumon, un peu au-dessus de la scissure interlobaire, une ouverture à bords arrondis et mousses, ayant environ deux à trois lignes de diamètre. A travers cette ouverture, on distinguait une cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire. Une sonde cannelée, introduite dans une division bronchique, sortit aisément par cette ouverture. En incisant sur le trajet de l'instrument, on s'assura qu'il avait pénétré dans un gros tuyau bronchique qui s'ouvrait dans une vaste caverne, sur la paroi externe de laquelle s'était formée l'ouverture. Dès lors, la cause de la pleurésie ne fut plus douteuse. — Dans ce même poumon existaient d'autres tubercules, dont plusieurs, ramollis, formaient déjà de petites cavités. Dans leurs intervalles, le parenchyme pulmonaire était sain. Le poumon droit ne contenait qu'un petit nombre de tubercules encore crus.

Les épanchements pleurétiques dus à la communication d'une excavation tuberculeuse avec la cavité de la plèvre ne sont pas très-rares. Il en résulte ordinairement une pleurésie aiguë, plus ou moins immédiatement mortelle. Dans le cas dont il s'agit ici, l'absence de la douleur est une circonstance remarquable. L'épanchement était peu considérable; aussi en-

tendîmes-nous une variété de l'égophonie; le liquide épanché n'empêcha pas non plus d'entendre le râle des cavernes.

Il n'est pas très-rare de rencontrer chez des phthisiques des excavations tuberculeuses dont la paroi externe est uniquement formée, dans une étendue plus ou moins grande, par la plèvre mince et transparente, comme dans l'état sain. Dans ce cas, on conçoit facilement la possibilité de la rupture de cette membrane, et par suite la production d'une pleurésie.

Ce n'est pas seulement dans le cas où il existe de vastes cavernes qu'on a vu survenir des épanchements dus à l'ouverture de ces cavités dans la plèvre. Nous avons trouvé un pareil épanchement chez un individu dont les poumons ne contenaient tout au plus que cinq à six petits tubercules. Mais l'un d'eux, de la grosseur d'une noisette, développé immédiatement au-dessous de la plèvre pulmonaire, et déjà ramolli, en avait déterminé la perforation.

Dans la plupart des cas où une pleurésie résulte de l'ouverture d'une caverne pulmonaire dans la plèvre, il y a en même temps pneumo-thorax; nous nous occuperons plus bas de cette complication.

#### XIV. OBSERVATION.

Épanchement pleurétique consécutif à la communication d'une gangrène du poumon avec la plèvre.

Un homme de quarante ans environ entra à la Charité dans le cours du mois de décembre 1822; son intelligence était tellement obtuse, qu'on ne put obtenir de lui aucun renseignement précis sur son état antécédent. Cet individu était pâle et faible, il toussait et avait une expectoration purement catar-

rhale. La respiration était courte et accélérée. La percussion et l'auscultation ne faisaient reconnaître rien de pathologique. Une diarrhée abondante existait depuis quinze jours. Le pouls était fréquent et petit, la peau sans chaleur. Il n'y avait chez ce malade qu'une lésion évidente, l'inflammation intestinale. On pouvait, de plus, soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. (*Vésicatoire aux cuisses; tisane de riz gommée; bouillons.*)

Les jours suivants, la fétidité repoussante de l'haleine fixa notre attention. D'ailleurs, même état. (*Décoction blanche; un verre de décoction de cachou.*)

Neuf à dix jours après son entrée, ce malade se plaignit d'une douleur au niveau des six dernières côtes gauches. Une application de dix sangsues ne la fit point disparaître.

Le lendemain, les traits de la face avaient subi une altération remarquable. Le malade exprimait par des pleurs et des gémissements l'intensité de la douleur qu'il ressentait dans le côté gauche. La respiration était haute, accélérée; le décubitus avait lieu sur le dos. La toux était plus fréquente; les crachats n'avaient pas changé de caractère. La poitrine semblait résonner un peu moins bien à gauche en arrière; là aussi le bruit respiratoire était plus faible, sans mélange de râle. M. Lerminier annonça l'existence d'un commencement d'épanchement pleurétique. Malgré la grande faiblesse du malade, il fit appliquer de nouveau vingt sangsues sur le côté affecté, et deux vésicatoires aux jambes. — Dans la journée, l'affaïssement général devint de plus en plus grand, la respiration ne s'accéléra pas davantage, les facultés intellectuelles se troublèrent, les membres offrirent quelques mouvements convulsifs, et le malade succomba dans la nuit.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Lorsque le thorax fut ouvert, et qu'on eut soulevé le poumon gauche, on fut frappé de l'odeur fétide qui s'exhala de la cavité de la plèvre de ce côté. Elle contenait un peu moins d'une pinte d'un liquide grisâtre, au milieu duquel nageaient des flocons albumineux. Ces mêmes flocons, étendus en membranes non encore organisées, tapissaient les plèvres costale et pulmonaire. La surface externe du poumon gauche présentait en arrière, vers sa partie moyenne, une profonde dépression due à l'existence d'une cavité qui communiquait avec la plèvre. Cette cavité, assez considérable pour recevoir une grosse noix, contenait une sorte de pulpe ou de bouillie d'un gris verdâtre, qui, en plusieurs points, tenait encore au parenchyme pulmonaire par des filaments très-mous, comme demi-fluides. Les parois de cette cavité, à laquelle aucune forme régulière ne pouvait être assignée, ne différaient, dans l'étendue de deux ou trois lignes, de la matière qu'elle contenait, que par une consistance un peu plus grande. Plus loin, le parenchyme pulmonaire reprenait son aspect naturel. De toutes ces parties s'exhalait une fétidité gangréneuse. Dans le centre du même poumon, nous trouvâmes encore une autre portion également frappée de gangrène, mais à un degré moins avancé. Le volume de cette seconde portion égalait environ le volume d'une pomme d'api. Là, le tissu pulmonaire, facilement déchirable, mais non encore réduit en pulpe, présentait une couleur d'un brun verdâtre et une grande fétidité. Autour de cette portion, comme autour de la première, le parenchyme du poumon était parfaitement sain. — Rien de remarquable dans le reste des organes thoraciques, non plus que dans l'encéphale et ses dépendances. — Ulcérations dans la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum.

La cause déterminante de la pleurésie fut évidemment, dans ce cas, la communication du foyer gangréneux avec la cavité de la plèvre. L'épanchement était d'abord très-peu considérable, et les accidents ni la mort ne dépendirent point ici de la gêne et de la respiration. Cette pleurésie fut mortelle, comme l'aurait été une péritonite, ou toute autre inflammation frappant un individu déjà profondément débilité.

Envisagée sous le rapport de la gangrène du poumon, cette observation ne nous paraît pas moins digne d'intérêt; elle montre cette gangrène existant à deux degrés différents dans un même poumon; elle prouve combien le diagnostic d'une pareille lésion peut être obscur, lorsque, le foyer gangréneux ne communiquant point encore avec les bronches, il n'y a point encore d'expectoration caractéristique. Enfin, dans ce cas, ce ne fut point à une pneumonie franche que succéda l'état gangréneux du poumon. Sous ce dernier rapport, cette observation diffère de quelques autres observations sur la gangrène du poumon consignées dans le précédent volume.

XV<sup>e</sup> OBSERVATION.

Épanchement pleurétique formé par du sang.

Un garçon marchand de vin, âgé de quarante ans, peau brune, cheveux châtain, présentant l'apparence d'une constitution forte, s'était bien porté jusqu'au commencement du mois de janvier 1822. Alors il commença à tousser; mais pendant un mois, ce rhume ne l'empêcha pas de se livrer à ses occupations ordinaires; sa santé ne semblait pas altérée: au bout d'un mois, il fut pris d'un violent point de côté au niveau de la mamelle droite; en même temps, oppression, fièvre.