

## 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.

Entré alors à la Pitié, il y fut saigné six fois en six semaines. Sorti de l'hôpital au bout de ce temps, il conservait une toux très-légère et un peu de dyspnée. Ayant voulu reprendre ses occupations, il sentit de nouveau son point de côté, toussa davantage, et entra à la Charité le 24 avril. — Il accusait alors dans toute la partie latérale inférieure droite du thorax une douleur qui augmentait par l'inspiration et par la toux. L'haleine était courte, la parole un peu haletante; le décubitus était indifférent, l'expectoration catarrhale. La poitrine, percutée, rendait un son très-mat à droite en arrière et latéralement; de ce même côté, en arrière, au niveau des cinq à six premières côtes, on entendait un râle crépitant très-fort: plus bas, l'on n'entendait rien. Il n'y avait ni égophonie, ni aucune résonnance de la voix qui pût la simuler. Le côté droit du thorax, mesuré, parut plus grand que l'autre de quatre à cinq lignes. Le pouls était fréquent, la peau sans chaleur; le malade n'avait jamais ni frisson, ni sueur. Bouche mauvaise, anorexie, constipation. L'existence d'un épanchement dans la plèvre droite ne nous parut pas douteuse. Le malade était d'ailleurs dans un degré déjà très-avancé de faiblesse et d'épuisement. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit.

Les quatre jours suivants, même état. — Le 29, les traits de la face s'étaient profondément altérés depuis la veille; le malade avait expectoré pour la première fois des crachats purulents qui semblaient provenir de la fonte d'une masse tuberculeuse. Le 30, il avait à peine la force de prononcer à voix basse quelques paroles. L'intelligence était intacte. — Le 1<sup>er</sup> mai, le malade était mourant; il avait expectoré une petite quantité de crachats plaqués, fétides, gris-cendré. Il succomba dans la nuit; la constipation persista jusqu'à la mort.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

La plèvre droite présente une vaste cavité dont la paroi supérieure, située au niveau de la quatrième côte, est formée par le lobe supérieur du poumon, que retiennent fixé aux côtes des fausses membranes épaisses. Cette cavité est remplie par un liquide d'un rouge foncé, offrant tous les caractères physiques du sang qui vient de sortir d'une veine. Deux ou trois petits caillots en occupent le fond. Les côtes, le poumon et le diaphragme, sont tapissés par des fausses membranes épaisses rouges, parcourues par des filaments qui s'entrecroisent et laissent entre eux des aréoles ayant toutes à peu près la même forme et la même grandeur.

Les lobes moyen et inférieur du poumon droit sont refoulés sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Leur tissu est rouge et vide d'air. Le lobe supérieur contient plusieurs tubercules crus entre lesquels le tissu pulmonaire est fortement engoué. — Le poumon gauche est sain. Le cœur n'offre rien de remarquable.

La surface interne de l'estomac est blanche et sa muqueuse saine. L'intestin grêle présente dans toute son étendue une assez forte injection sous-muqueuse. Le gros intestin offre, dans toute l'étendue du colon, cinq à six ulcérations oblongues dont le grand diamètre est dirigé suivant le diamètre transversal de l'intestin: leur fond noirâtre et formé par le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi, présente dans quelques-unes des grains de matière tuberculeuse; chacune de ces deux ulcérations occupe au moins les deux tiers de la largeur de l'intestin; dans leurs intervalles, la muqueuse est très-pâle, d'épaisseur et de consistance ordinaires. Tout le gros intestin contient des matières fécales bien liées. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés et la plupart tuberculeux. Le foie,

gorgé de sang, présente plusieurs portions d'un blanc jaunâtre, qui graissent le scalpel; la rate, volumineuse, se réduit en bouillie par la pression; des adhérences celluleuses intimes unissent le colon au foie.

Lorsque ce malade fut soumis à notre examen, l'épanchement pleurétique était déjà formé depuis long-temps: tout porte à croire qu'il commença à l'époque où le point de côté se manifesta, un mois après l'invasion du catarrhe. Le repos, le régime auquel cet individu fut soumis pendant son séjour à la Pitié, en firent disparaître la plupart des symptômes; mais ceux-ci se manifestèrent de nouveau dès que le malade, en se livrant à son genre de vie habituel, appela dans le poumon une plus grande quantité de sang: de là gêne de la respiration, réapparition de la douleur, anxiété générale, afflux vers tous les organes d'un sang mal élaboré, et par suite défaut de nutrition, affaiblissement, mort prompte, qui eût été retardée par une observation plus rigoureuse des règles de l'hygiène.

Quoi qu'il en soit, la quantité considérable du liquide épanché fut annoncée par la grande matité du son, par l'absence complète du bruit respiratoire et de toute égophonie. Vers le sommet du poumon seulement l'on entendait du râle crépitant; on en trouva la raison dans la disposition du lobe supérieur, qui, fixé aux côtes par des adhérences, n'avait pu être déplacé par le liquide, et formait en quelque sorte la voûte de la cavité que la collection remplissait. Le râle crépitant annonçait d'ailleurs un engorgement inflammatoire du tissu pulmonaire; on en constata effectivement l'existence.

La présence de caillots sanguins dans la plèvre ne permet pas de douter que l'épanchement ne fût en grande partie formé par du sang en nature: ce cas n'est pas le plus commun;

ordinairement les épanchements de liquides rouges dans les membranes séreuses paraissent être seulement formés par la sérosité unie à une quantité plus ou moins grande de la matière colorante du sang, mais sans fibrine. Cet épanchement avait-il été sanguinolent dès le principe? le sang ne fut-il, au contraire, exhalé que dans les derniers temps? Ces questions ne peuvent être résolues. Mais ce qu'il est important de remarquer, c'est que pendant la vie cet épanchement sanguin ne donna lieu à aucun symptôme qui pût le faire distinguer d'un épanchement séreux ou purulent. On ne remarqua pas, en particulier, la douleur très-vive que l'on a dit accompagner la formation de ces sortes d'épanchements.

Nous ne nous étendrons point ici sur le développement des tubercules dans le poumon, dans les intestins et dans les ganglions mésentériques, chez un individu dont la constitution n'était rien moins que lymphatique. Nous ferons remarquer seulement que dans l'abdomen leur développement semblait être consécutif à l'inflammation; que dans la poitrine ils existaient au milieu d'un tissu enflammé, et seulement du côté de la pleurésie.

Nous fixerons aussi l'attention 1° sur la nature de l'expectoration, semblable à celle que fournissent de vastes excavations tuberculeuses, et qui était uniquement le produit de la muqueuse bronchique; 2° sur l'absence de la diarrhée dans un cas où de larges ulcérations existaient dans le gros intestin.

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

Épanchement sanguinolent; fausses membranes tuberculeuses.

Un domestique, âgé de cinquante ans environ, fortement constitué, a toujours joui d'une bonne santé. Pendant les trois

dernières semaines du mois de mars, il ressentit au-dessous du sein gauche des douleurs légères, qui plusieurs fois se montrèrent et disparurent. Cependant il continua à se livrer à ses occupations ordinaires. Le 4 mai, après le dîner, la douleur de côté, qui avait cessé depuis quelques jours, se renouvela tout-à-coup avec plus d'intensité que jamais; elle persista toute la nuit. Le moindre mouvement, la pression la plus légère, les inspirations profondes l'exaspéraient. Le 5, le malade commença à tousser et s'alita : des sangsues appliquées sur le siège de la douleur la diminuèrent, mais ne l'enlevèrent pas. Du 5 au 12 mai, toux sèche, persistance de la douleur, oppression. (*Tisanes adoucissantes.*) Nous vîmes le malade pour la première fois dans la matinée du 13; il présenta l'état suivant :

Face pâle, abattue; décubitus horizontal impossible, sous peine de suffocation imminente. Le malade resta à demi assis dans son lit, la tête et le dos soutenus par des oreillers, comme dans les maladies du cœur. La respiration est courte et précipitée, la parole un peu haletante; la douleur existe encore. Toux fréquente, expectoration catarrhale; son très-mat et absence de tout bruit respiratoire dans tout le côté gauche; pas d'égophonie. A droite, bruit d'expansion pulmonaire net et très-fort; pouls médiocrement fréquent; peau chaude et sèche. Diagnostic: *Pleurésie gauche terminée par épanchement.* (*Saignée d'une livre; tisanes adoucissantes.*)

Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, entouré d'une abondante sérosité.

Le lendemain 14, respiration moins gênée, face plus naturelle. La douleur ne se fait plus sentir que par une forte pression. (*Deuxième saignée.*) Même aspect du sang.

15. (*Large vésicatoire sur le côté.*). Dans la nuit du 15 au 16, sueur copieuse pour la première fois. Dans la matinée du 16, respiration incomparablement plus libre que les jours pré-

cédents, décubitus indifférent, pouls à peine fréquent. Le malade se sent fort et dispos. A gauche, la matité du son persiste depuis la base de la poitrine jusque vers le milieu de l'omoplate; plus haut, le son est assez clair et le bruit d'expansion pulmonaire s'y entend faiblement. Il était manifeste qu'une partie du liquide épanché avait été résorbée.

Le 17, on entendit pour la première fois en arrière une égophonie évidente. Ainsi, l'apparition de ce signe coïncidait ici avec la diminution de l'épanchement.

Du 18 au 21, même état. Dans la nuit du 21, la respiration redevint tout-à-coup très-gênée. Le lendemain matin, retour de l'orthopnée, vive anxiété, découragement, pouls faible et très-fréquent. Cependant les signes fournis par l'auscultation et la percussion n'annonçaient pas que l'épanchement eût augmenté. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la journée, diminution de la dyspnée et de la fréquence du pouls.

Pendant le reste du mois d'avril l'état du malade ne subit aucun changement notable. La respiration n'était que médiocrement gênée pendant le repos; mais la simple action de descendre du lit produisait la suffocation. L'égophonie était toujours évidente, la toux était rare, la douleur avait entièrement disparu, le pouls était fréquent sans que la peau fût chaude, l'anorexie était complète, la langue naturelle, les selles ordinaires. On fit sécher les vésicatoires des jambes et de la poitrine, et l'on en plaça un au bras; des crèmes de riz, des bouillons, des potages étaient accordés pour toute nourriture.

Au commencement du mois de mai des sueurs se manifestèrent chaque nuit; l'affaiblissement fit des progrès rapides; les traits de la face s'altérèrent. Ces signes annonçaient l'approche du terme fatal. Cependant le bruit respiratoire était rétabli à gauche en avant; en arrière, on commençait à l'entendre faiblement. L'égophonie n'existait plus. Ainsi, bien que l'état

général empirât, la maladie locale paraissait s'améliorer. On chercha à soutenir les forces en donnant chaque jour une pinte de décoction de polygala avec addition d'une demi-once d'oxymel scillitique, et d'une once de sirop d'écorces d'oranges amères, quelques cuillerées de vin d'aunée, des potions éthérées, des loochs avec le kermès.

Le 20 mai, le malade, tourmenté par des affaires de famille, demanda avec instance à quitter momentanément l'hôpital. Il fit à pied une vingtaine de pas; puis, ne pouvant plus se soutenir, il se fit porter jusqu'à une voiture qui l'attendait à la porte. A peine y était-il entré qu'il demanda brusquement qu'on ouvrit la portière, perdit connaissance, et expira.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

La plèvre gauche contenait un peu plus d'une pinte d'un liquide d'un rouge foncé, tout-à-fait semblable au sang qui vient de sortir d'une veine. Au fond de ce liquide existaient des masses rougeâtres, amorphes, formées par un tissu aéré au milieu duquel étaient creusées plusieurs petites loges pleines de sang liquide. Les plèvres costale et pulmonaire étaient tapissées par des fausses membranes d'un rouge intense. Au-dessous d'elles on en trouvait d'autres, épaisses et blanches, au milieu desquelles s'étaient développés beaucoup de tubercules. Le poumon gauche sain, et encore très-perméable à l'air, occupait la plus grande partie de la cavité qui le reçoit ordinairement. Rien de notable dans le poumon droit, non plus que dans la plèvre de ce côté. Le cœur était de volume naturel et bien proportionné. Ses cavités droites étaient occupées par un gros caillot fibrineux, dépouillé de matière colorante. Ce caillot distendait fortement l'orifice auriculo-ventriculaire, et se prolongeait dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire.

La muqueuse gastrique était dans son état physiologique, ainsi que celle de tout l'intestin grêle. La surface interne du gros intestin était assez vivement injectée.

Chez ce malade, comme chez le précédent, l'épanchement de la plèvre était en grande partie formé par du sang. Chez lui aussi aucun symptôme particulier n'annonça cette espèce d'épanchement, et il est impossible de dire s'il fut tel dès le principe, ou bien si l'exhalation sanguine eut seulement lieu vers le 20 mai, époque à laquelle on remarqua cette exaspération momentanée des symptômes, qui ne coïncida pas avec une augmentation de l'épanchement; la blancheur des fausses membranes profondément situées semble annoncer que l'épanchement n'avait point été primitivement sanguinolent.

La collection avait été d'ailleurs beaucoup plus considérable qu'on ne la trouva lors de l'ouverture du cadavre. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion indiquèrent ses différentes périodes d'accroissement et de diminution. Ainsi, la matité du son diminua progressivement de la partie supérieure du thorax vers l'inférieure. Le bruit respiratoire, d'abord nul dans toute l'étendue du côté gauche, s'entendit d'abord faiblement au-dessous de la clavicule gauche, puis dans tout le reste de ce côté. Ainsi l'existence d'un demi-litre de liquide dans la plèvre n'empêche pas le bruit d'expansion pulmonaire d'être entendu, mais seulement il le rend beaucoup plus faible. Quant au chevrottement de la voix, nul d'abord, il ne commença à se montrer que lorsque la quantité du liquide épanché eut déjà notablement diminué; plus tard, lorsque celui-ci fut encore moins considérable, l'égophonie cessa de se faire entendre.

Nous avons déjà fait ressortir, dans le cours de l'observation,

cette sorte de désaccord qui existait entre la diminution progressive de l'épanchement et l'état général, qui devenait de plus en plus grave. La nature de l'épanchement peut-elle en rendre compte? Le malade était déjà parvenu au dernier degré de l'épuisement, lorsqu'il se livra à un mouvement inaccoutumé; l'accélération de la circulation pulmonaire qui en fut le résultat causa-t-elle sa mort subite?

Reportons maintenant nos regards sur le début de la maladie : elle fut annoncée, ou plutôt précédée par une douleur vague, fugitive, peu intense, qu'aucun symptôme grave n'accompagnait, et qui semblait ne dépendre que d'une phlegmasie de la plèvre, très-légère et circonscrite. L'application de quelques sangsues, ou seulement le repos, la diète et des cataplasmes émollients, l'auraient peut-être fait disparaître. Négligée, elle s'exaspéra, s'étendit, et se transforma en une maladie mortelle.

Nous observâmes à plusieurs reprises l'état d'orthopnée, aussi rare dans les épanchements pleurétiques sans complication, qu'il est commun dans les maladies du cœur.

Les sueurs qui se manifestèrent vers le onzième jour, à dater de l'époque où l'alitement eut lieu, furent accompagnées d'une amélioration manifeste. Les jours suivants, la peau resta sèche; plus tard, les sueurs reparurent; mais, cette fois, elles furent purement symptomatiques, affaiblirent le malade, et hâtèrent sa perte. Leur apparition marqua-t-elle le moment où des tubercules commencèrent à se développer dans la plèvre? Nous croyons en effet avoir constaté que dans beaucoup de phlegmasies chroniques, des sueurs abondantes ne surviennent que lorsque des tubercules se forment dans les tissus enflammés.

La fièvre ne fut habituellement annoncée que par la fréquence des battements artériels; deux ou trois fois seulement

la température de la peau subit une élévation notable. Cette simple fréquence du pouls sans chaleur de la peau est, dans beaucoup de phlegmasies chroniques, le seul indice du trouble de la circulation; il n'en résulte aucun malaise pour les malades, qui dans cet état ne croient point avoir la fièvre, tandis qu'ils s'en plaignent dès que la peau devient chaude.

#### XVII. OBSERVATION.

Epanchement pleurétique ouvert à l'extérieur entre les côtes.

Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, entra à la Charité le 10 juillet 1820. Deux mois auparavant, elle avait eu une fluxion de poitrine, avec douleur au-dessous de la mamelle droite et toux sèche : depuis cette époque, elle tousse et a l'haleine courte.

État du 11 juillet : face rouge, vive anxiété. Le décubitus sur le côté droit est le seul possible; les téguments de ce côté du thorax sont œdématisés; la dyspnée est très-grande, et aussitôt que la malade se place sur son séant, elle est prise de violentes quintes de toux, qui s'opposent à ce que l'auscultation puisse être utilement pratiquée. D'un autre côté, l'infiltration des téguments rend infidèles les signes fournis par la percussion, qu'on peut d'ailleurs à peine pratiquer à cause de la douleur qu'elle excite. Les crachats, rendus facilement, sont ceux de la bronchite chronique. Le pouls est fréquent, la peau sans chaleur. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Le lendemain, 12, l'état plus calme de la malade permet de pratiquer l'auscultation. Le bruit respiratoire s'entend à gauche avec force et netteté; à droite, on l'entend partout net, mais très-faible.