

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.

Du 15 au 16, l'état de la malade reste stationnaire; le décubitus a constamment lieu sur le côté droit.

Le 17, le pouls est plus fréquent, la peau chaude; la dyspnée a augmenté; à droite, le bruit respiratoire ne s'entend plus, la voix ne résonne plus qu'à gauche. L'épanchement s'est évidemment accru. (*Saignée de douze onces; tisanes adoucissantes; diète.*)

18, vésicatoire sur le côté droit. Les jours suivants, la gêne de la respiration ne diminua pas; la malade se plaignait tellement de son vésicatoire, qu'on le fit sécher; on en appliqua un autre au bras. Constamment couchée sur le côté droit, dont les téguments étaient toujours œdématiés, elle pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante; dans tout ce côté, le bruit d'expansion pulmonaire était nul. La fréquence du pouls était médiocre, la peau peu chaude et sèche.

Le 29 juillet, nous trouvâmes pour la première fois la malade couchée sur le dos. Outre l'infiltration des jours précédents, on observa au-dessous de la clavicule droite un gonflement qui s'étendait jusque près de la mamelle; la pression sur cet endroit excitait de vives douleurs. Les jours suivants, cette tumeur fit des progrès sensibles; la fluctuation y devint évidente. Un bistouri y fut plongé le 16 août; une quantité très-considérable de pus épais mêlé à des flocons albumineux s'en écoula; cette quantité de liquide était si grande, qu'il y avait tout lieu de penser qu'il venait de la plèvre. A chaque mouvement inspiratoire, on voyait sortir une plus grande quantité de pus. Les trois jours suivants, beaucoup de pus continua à s'écouler à travers les lèvres de l'incision. La malade disait respirer plus librement depuis que l'ouverture de l'abcès avait été pratiquée; cependant les traits de la face se décomposèrent rapidement, les extrémités se refroidirent, et la mort survint quatre jours après l'ouverture de l'abcès.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'abcès étant largement incisé, on trouva du pus infiltré dans une grande partie du tissu lamineux sous-cutané et inter-musculaire du côté droit du thorax. Entre la cinquième et la quatrième côte existait une ouverture à bords irréguliers, par laquelle le pus contenu dans la plèvre s'était fait jour à l'extérieur de la poitrine. Une grande quantité de liquide purulent remplissait la plèvre droite. Des fausses membranes tapisaient les côtes et le poumon: celui-ci, refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale, était réduit à un petit volume et vide d'air; son parenchyme était sain, ainsi que celui du poumon gauche.

Rien de remarquable dans les organes des autres cavités. De la face interne du col utérin se détachait un pédicule long de cinq à six lignes, paraissant être comme une continuation de la membrane muqueuse: il se prolongeait au-delà de l'orifice du col, et se terminait, à une ligne environ de cet orifice, à un corps globuleux, du volume d'une noisette environ, pendant entre les deux lèvres du col, au-devant duquel il faisait saillie; il était formé par une foule de petits kystes séreux agglomérés.

L'infiltration des téguments, la douleur, les quintes de toux, furent autant de circonstances qui d'abord s'opposèrent à ce qu'on pratiquât utilement la percussion et l'auscultation. Les jours suivants, l'auscultation, devenue praticable, fit reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique à droite; d'abord assez peu considérable pour ne pas empêcher entièrement le bruit respiratoire d'être entendu, cet épanchement augmenta ensuite, occupa toute la cavité droite du thorax, et

enfin se fraya une issue au dehors, à travers un espace intercostal. Dès que l'abcès sous-cutané eut été artificiellement ouvert, et que le pus contenu dans la plèvre commença à s'écouler à l'extérieur, la malade dépérit avec une effrayante rapidité; de sorte que, dans ce cas, ce qui semblait être une voie de guérison préparée par la nature, devint au contraire une cause de mort plus prompte.

Nous croyons devoir rapprocher de ce fait deux autres cas d'épanchements pleurétiques, dans lesquels le liquide amassé dans la plèvre s'est également frayé une route au dehors avec un ensemble de circonstances semblables. Ainsi, dans ces deux cas, comme dans celui que nous venons de citer, un abcès se forma entre les côtes et la peau; il fut également ouvert, mais de plus, on pratiqua une véritable opération de l'empyème, et les malades guérirent.

Un de ces faits, cité dans le *Nouveau Journal de Médecine*, septembre 1822, est extrait des journaux italiens.

Un garçon de quinze ans eut une pleurésie aiguë qui passa à la suppuration. Peu à peu il parut une petite tumeur entre la troisième et la quatrième vraie côte. Après l'application des émollients, une petite incision fut faite sur la partie la plus déclive de la tumeur, et il en sortit une grande quantité de pus. Au bout de sept mois de maladie, arrivé au dernier degré de la consommation, le malade consulta le docteur Pacini, qui pensa qu'on devait ouvrir le foyer de l'abcès par une incision pratiquée deux côtes au-dessous de l'ouverture fistuleuse; il pénétra avec l'instrument entre les muscles intercostaux, et, incisant la plèvre, il se fit jour dans la poitrine. Il trouva le poumon adhérent, et s'aperçut qu'il n'avait pas pénétré dans le foyer de la suppuration. La plaie resta ouverte deux jours, pendant lesquels la toux devint plus fréquente et l'oppression plus grande. Le troisième jour, beaucoup de pus s'écoula par

la nouvelle incision et beaucoup moins par l'ancienne plaie. Dans l'espace de deux mois, celle-ci fut entièrement fermée; la nouvelle continua à suppurer pendant cinq mois: au bout de ce temps, disparition de la toux, guérison complète. La maladie avait duré quinze mois.

Est-il bien certain que dans ce cas il y ait eu véritablement épanchement dans la plèvre? Le second fait que nous allons citer est plus circonstancié; il est extrait d'un journal anglais (*Lond. med. Repository*), et rapporté dans les *Archives générales de Médecine*, tom. III, pag. 616.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, fut atteint d'une fluxion de poitrine. Elle parut céder aux saignées, et le quatrième jour le malade semblait convalescent. Le huitième jour, il offrit les symptômes suivants: toux sèche et fréquente, douleur obtuse dans le côté droit, gêne lorsqu'il se couchait à gauche; d'ailleurs, pouls régulier, appétit bon, langue naturelle, constipation opiniâtre..... La toux augmenta graduellement; il s'y joignit une expectoration d'un mucus verdâtre, et des accès de suffocation qui duraient pendant quelques minutes. Dans les intervalles de ces accès, la respiration était parfaitement libre. Au bout de quelque temps, le côté malade parut évidemment plus saillant que l'autre. Vers la cinquième semaine, on vit paraître, entre la clavicule et la première côte, une tumeur avec fluctuation manifeste. La suffocation était imminente. Les téguments furent incisés sur le milieu de la tumeur, dans la direction de la première côte; la plèvre fut ensuite mise à nu, et cette membrane fut ouverte avec une lancette. A peine cette dernière ouverture fut-elle pratiquée, qu'il s'écoula un flot considérable d'un liquide jaunâtre, inodore, ne contenant point de flocons albumineux. Une canule fut fixée dans l'ouverture; en la bouchant, on arrêtait de temps en temps l'écoulement du li-

guide, pour éviter la syncope, qui suit ordinairement une déplétion trop rapide. Dans l'espace de deux heures, il s'écoula ainsi *neuf* pintes de sérosité.

Immédiatement après cette opération, tous les symptômes fâcheux disparurent. Il ne survint aucun accident, et la quantité du liquide coulant par la canule diminuant graduellement, on conçut les plus grandes espérances de guérison; cependant, au bout de trois semaines, les premiers symptômes reparurent. Il existait donc une seconde collection de liquide, mais qui ne communiquait pas avec la première, puisqu'il ne sortait presque plus rien par l'ouverture précédemment pratiquée. Huit jours après, un nouvel abcès se manifesta; de la fluctuation se fit sentir entre les troisième et quatrième côtes, près de leur angle. L'opération fut sur-le-champ pratiquée dans ce point, de la même manière et avec le même succès que la première. Le liquide qui s'écoula par cette seconde ouverture était d'une couleur brune foncée, fétide, mêlé à des flocons albumineux. Tous les accidents cessèrent de nouveau; mais on observa alors un phénomène remarquable: le malade, en se baissant pour ramasser quelque chose, éprouva dans la trachée une sensation d'irritation qui occasionna une toux légère, suivie de l'expectoration d'environ une once de matière semblable à celle de la première collection. En répétant le même mouvement, il obtint à plusieurs reprises, pendant la journée, le même résultat; mais, chaque fois, la quantité du liquide expectoré diminuait, puis ce phénomène cessa complètement. L'ouverture du premier abcès se ferma: la quantité de liquide fourni par le second diminuait rapidement, lorsque la toux et les autres symptômes reparurent pour la troisième fois. Une saillie, accompagnée de fluctuation, se montra de nouveau au lieu de la première ouverture; la poche supérieure s'était donc remplie de nouveau. Une nou-

velle incision devenait nécessaire; mais la nature y pourvut: au moment où le malade faisait une forte inspiration pour vider la cavité inférieure, quelque chose se rompit à l'intérieur de la poitrine avec un bruit que les assistants purent entendre, et au même instant il s'échappa, par l'ouverture inférieure, un flot de liquide absolument semblable à celui de la première collection. La quantité qui s'écoula ainsi était d'environ une pinte et demie. Les symptômes cessèrent de nouveau, et le malade fut bientôt en état de se lever. Ennuyé de porter la canule, il la retira malgré l'avis du chirurgien. La plaie se referma promptement, mais les deux poches se remplirent pour la troisième fois, et nécessitèrent une nouvelle opération, qui fut pratiquée sur la cicatrice même. Cette fois la guérison fut complète. L'écoulement du liquide dura en tout neuf semaines, et dans cet intervalle la quantité fut au moins de cinquante-huit pintes.