

Quelle que soit l'importance respective des différents signes que nous venons de passer en revue, n'oublions pas que la plupart de ces phénomènes peuvent être aussi produits quelquefois par l'inflammation d'un ou plusieurs des nombreux organes qui sont logés dans la partie supérieure de l'abdomen; notre seul but a été d'établir qu'ils peuvent souvent dépendre d'une pleurésie diaphragmatique. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que cette espèce de pleurésie peut exister sans être annoncée par aucun symptôme caractéristique, de même qu'il existe des arachnitis sans délire, des pneumonies sans dyspnée, des péritonites sans douleur.

ARTICLE II.

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES.

XXIII^e OBSERVATION.

Signes rationnels de phthisie pulmonaire. Aucun renseignement par la percussion et l'auscultation. Épanchement de pus entre les deux lobes du poumon gauche. Quelques tubercules miliaires dans ce même poumon.

Un serrurier, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 16 février 1822. Il nous raconta que depuis quatre à cinq mois il toussait, qu'il avait la respiration courte. Jamais il n'avait craché de sang. Lorsqu'il fut soumis à notre examen il était déjà dans le marasme. La toux était rare, l'expectoration catarrhale, les mouvements inspiratoires courts et rapprochés; le malade n'avait jamais ressenti aucune douleur thoracique. La poitrine, percutée, résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit d'expansion pulmonaire fort

et net; il y avait habituellement un peu de fièvre, marquée par la présence du pouls, et un peu de chaleur à la peau, sans qu'il y eût jamais de sueur. Les fonctions digestives étaient à peu près intactes. Nous regardâmes cet individu comme atteint de bronchite chronique et peut-être de tubercules pulmonaires encore crus, avec tissu pulmonaire sain autour d'eux.

Les jours suivants, on entendit en différents points différentes variétés du râle bronchique (sibilant ou muqueux, se confondant souvent avec le crépitant). D'ailleurs même état.

Cependant les forces du malade diminuèrent progressivement; le marasme augmenta; l'appétit se perdit; une abondante diarrhée s'établit, et le malade succomba un mois environ après son entrée à l'hôpital. Jusqu'au dernier moment les signes fournis par la percussion et l'auscultation restèrent les mêmes.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le poumon gauche, étant mis à découvert, ne présenta d'abord rien de notable. Des adhérences unissaient les deux lobes, et semblaient avoir fait disparaître la scissure interlobaire; mais celle-ci n'avait cessé réellement d'exister que dans l'étendue de quelques lignes, et à peine eut-on rompu les adhérences qui existaient dans ce court espace, qu'on découvrit le reste de la scissure considérablement agrandi et occupé par un liquide purulent en quantité suffisante pour remplir un verre ordinaire; ce liquide était renfermé dans une poche dont les parois, formées en haut et en bas par le tissu pulmonaire, étaient complétées par de fausses membranes épaisses qui s'étendaient d'un lobe à l'autre; le reste de la plèvre de ce côté était exempt de toute trace d'inflammation. Le parenchyme pulmonaire contenait une douzaine de tubercules presque miliaires; il était d'ailleurs sain. Le poumon et la plèvre

du côté opposé n'offrirent rien de remarquable. Les bronches des deux poumons étaient très-rouges. La muqueuse gastrique, dans sa moitié splénique, était rougeâtre, très-mince, et d'une mollesse telle, qu'on la réduisait en pulpe par le plus léger grattage. La membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle, du cœcum et d'une partie du colon, était vivement injectée et ulcérée en quelques points.

Cet exemple suffit pour prouver combien est obscur le diagnostic des pleurésies interlobaires. Il est évident que ce diagnostic était ici impossible à établir. — La gravité des symptômes ne semble point en rapport dans ce cas avec le peu d'étendue de l'épanchement pleurétique. La bronchite chronique contribua peut-être, autant que cet épanchement, à produire le marasme, à entretenir la fièvre et à gêner la respiration. La mort fut hâtée par la phlegmasie gastro-intestinale.

Les anciens auteurs paraissent avoir décrit plus d'une fois, sous le nom d'abcès du poumon, des épanchements interlobaires semblables à celui que nous venons de décrire.

ARTICLE III.

INFLAMMATION DE LA PLÈVRE MÉDIANE, OU MÉDIASTINITE.

XXIV. OBSERVATION.

Signes d'épanchement dans le péricarde. État sain de ce sac; collection de pus derrière le sternum et les cartilages costaux. Diathèse tuberculeuse.

Un tailleur, âgé de vingt-neuf ans, entra à la Charité dans les derniers jours du mois de décembre 1821; il était alors at-

teint d'une phlegmasie légère et récente de la muqueuse des bronches et des intestins. (*Sangsuës à l'anus; tisanes adoucissantes; diète.*) Au bout de trois jours, l'inflammation gastro-intestinale avait presque entièrement disparu: mais la toux était plus forte, la fièvre plus intense, et le malade accusait une vive douleur entre le téton gauche et le sternum; la toux et les mouvements inspiratoires l'augmentaient. Vingt sangsuës furent appliquées sur l'endroit douloureux. Le lendemain, 30 décembre, la douleur avait changé de place; elle se faisait sentir au-dessous de la clavicule droite. On la regarda comme rhumatismale; une saignée de huit onces fut pratiquée. — Le 31 décembre, la douleur était revenue à son siège primitif. La face, grippée, exprimait l'anxiété la plus vive; le pouls était dur, très-fréquent. On redouta l'existence d'une péricardite. (*Saignée de douze onces; trente sangsuës à la région précordiale.*) Le sang présenta un petit caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité, recouvert d'une couenne à bords relevés. Cependant le 1^{er} janvier aucun amendement n'avait eu lieu. La respiration était courte, précipitée, la douleur aussi vive, le pouls aussi fréquent et serré, la face pâle et grippée. Le décubitus avait lieu sur le dos. La douleur rendait la percussion impossible; l'auscultation faisait entendre le bruit respiratoire et les battements du cœur comme à l'ordinaire. M. Lerminier prescrivit une troisième saignée de huit onces; elle fut couenneuse comme la précédente.

Le 2 janvier, douleur moins vive, respiration plus libre, pouls moins fréquent. — Le 3 et le 4, même état. (*Tisane de violette gommée; diète.*) Le 5 (huitième jour, à dater de l'apparition de la douleur), la percussion, devenue praticable, fit reconnaître un son mat entre le sein gauche et le sternum, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt en hauteur. Dans cette même partie, on entendait d'une manière faible,

comme confuse, les battements du cœur; le bruit respiratoire y était nul. D'ailleurs, persistance de la fréquence du pouls et du décubitus sur le dos. Peu de dyspnée, pas de trouble notable des fonctions digestives. On regarda comme probable qu'un épanchement de pus se formait dans le péricarde. (*Vésicatoire à la région précordiale.*)

Du 5 au 10 janvier (treizième jour), l'état du malade ne subit aucun changement remarquable; le vésicatoire de la poitrine fut remplacé par deux vésicatoires aux cuisses. — Le 11 (quatorzième jour), le son était très-mat dans toute l'étendue à peu près de la région précordiale; les battements du cœur s'entendaient à peine; il n'y avait d'ailleurs ni égophonie, ni aucune résonnance particulière de la voix.

Du quinzième au vingtième jour, le son devint mat dans une plus grande étendue; *cette matité était surtout remarquable à la partie inférieure du sternum*, où la sonorité est ordinairement si grande. Cependant le malade dépérissait de jour en jour; il succomba sans agonie le vingt-quatrième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Immédiatement derrière le sternum, les cartilages des huit à neuf dernières côtes gauches, et derrière la terminaison antérieure de ces côtes elles-mêmes, existait une vaste cavité remplie par un pus épais, comme grumelleux. On crut d'abord que cette cavité appartenait au péricarde; mais bientôt on s'assura que le péricarde existait intact derrière cette poche accidentelle, et que cette cavité s'était formée tout entière aux dépens de la plèvre, qui, de la surface interne du poumon, se porte derrière le sternum pour se joindre à celle du côté opposé, et constituer ainsi le médiastin. Des fausses membranes épaisses, parsemées de nombreux tubercules, circonscrivaient

de toutes parts ce foyer purulent; des brides albumineuses, dont quelques-unes étaient déjà assez solides, le traversaient en divers sens, et le divisaient en plusieurs loges. En dehors, cette cavité s'était agrandie aux dépens du poumon, qui avait été refoulé vers les côtes. — Le poumon, d'ailleurs, fut trouvé sain, ainsi que le reste de la plèvre de ce côté. A droite, le lobe supérieur du poumon contenait quelques tubercules, dont quelques-uns commençaient à se ramollir. — État sain du cœur et du péricarde.

Dans l'abdomen, on trouva des lésions qu'aucun symptôme n'avait annoncées pendant la vie. Des tubercules, dont quelques-uns déjà ramollis, existaient en grande quantité dans le foie, et en moindre nombre dans la rate, dans l'un des reins et sous la muqueuse intestinale. Cette dernière membrane était généralement blanche. L'encéphale et ses dépendances ne présentèrent rien de remarquable.

L'ensemble des symptômes ne semblait-il pas indiquer chez ce malade l'existence d'un épanchement dans le péricarde, suite de l'inflammation aiguë de ce sac membraneux? Il n'en était rien cependant; le malade n'avait eu qu'une pleurésie partielle, et le foyer purulent n'existait que dans la plèvre. L'auscultation ne fournit ici aucun signe propre à éviter l'erreur, qui ne fut, d'ailleurs, d'aucune importance pour le traitement; à aucune époque en n'entendit l'égophonie.

Nous avons vu deux autres exemples d'un épanchement pleurétique, situé, comme le précédent, entre la surface interne du poumon et le médiastin. Tous deux existaient à droite, et leur étendue était moins considérable. Tous deux compliquaient une péritonite chronique. Ils n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier; ils n'avaient point

notablement accéléré la respiration, et leur existence ne fut reconnue qu'après la mort.

Chez le malade dont il s'agit ici, il n'y eut pas non plus beaucoup de dyspnée, si ce n'est au début, lorsque l'intensité de la douleur s'opposait au mouvement des parois thoraciques : ce n'est donc point à la gêne de la respiration que succomba ce malade ; la mort fut chez lui le résultat et de la sécrétion purulente dont une portion de la plèvre était le siège, et du développement simultané des tubercules dans les poumons, le foie, la rate, les reins et le canal intestinal. On a vu, d'ailleurs, combien fut obscur ce travail général de tuberculisation qui avait lieu aussi dans les fausses membranes de la plèvre : aucun symptôme spécial ne l'avait révélé dans les nombreux organes qui en étaient le siège, et cependant la nutrition était déjà assez profondément altérée pour que la mort en fût l'inévitable résultat. Tous les médecins ont eu occasion d'observer des cas dans lesquels le dépérissement des malades ne permet pas de révoquer en doute l'existence d'une lésion organique, bien qu'il soit impossible d'en déterminer le siège : c'est le cas des fièvres hectiques essentielles, dont on ne voit plus d'exemples depuis qu'on ouvre avec plus de soin les cadavres.

Cette observation peut encore servir à prouver combien est quelquefois inutile le traitement antiphlogistique le plus actif, bien qu'il soit employé dès le début de la maladie et dans les circonstances les plus favorables. Ici, en effet, la pleurésie fut combattue dès son origine par des émissions sanguines, pratiquées d'autant plus hardiment que l'on croyait à l'existence d'une péricardite. Opposez à ce cas ceux où une légère saignée enlève, comme par enchantement, une pleurésie commençante. Pourquoi, lorsque toutes les circonstances restent les mêmes, le remède si efficace chez l'un est-il nul chez l'autre ? Répétons avec Baglivi : *De morbis pulmonum, etiamsi*

peritus in arte sis, vel censearis, noli cum jantanciâ de illis disserere, vel facilem promittere curationem.

XXV^e OBSERVATION.

Épanchement pleurétique circonscrit ouvert dans une bronche.

Un carrier, âgé de trente-sept ans, entra à la Charité le 14 juin 1822. Il présentait alors tous les symptômes de la phthisie pulmonaire au dernier degré. Le 17 août, l'expectoration, semblable jusqu'alors à celle de tous les phthisiques, changea brusquement de caractère : au milieu de la nuit, le malade s'éveilla en sursaut, et expectora, au milieu d'une violente quinte de toux, une grande quantité de liquide purulent, d'un blanc mat, inodore, semblable au pus qui s'écoule d'un abcès. Ce liquide venait-il d'une excavation tuberculeuse ouverte tout-à-coup dans une bronche ? Nous ne le pensâmes pas ; car on n'y voyait point ces petits grumeaux caractéristiques, débris de la matière tuberculeuse, et que l'on trouve constamment mêlés au liquide qui remplit les cavernes. Était-ce un épanchement pleurétique qui s'était fait jour à travers les bronches ? mais jusqu'alors aucun symptôme n'avait annoncé qu'une collection de pus existât dans la plèvre. Cependant la même expectoration continua à avoir lieu jusqu'au commencement du mois de juillet : alors le pus devint grisâtre et très-fétide : le malade s'affaissa rapidement, et succomba le 8 juillet.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les deux poumons étaient remplis de vastes excavations tuberculeuses. En ouvrant la bronche principale du poumon

droit, on trouva sur son côté postérieur une perforation à bords irréguliers, pouvant admettre un petit pois : un stylet introduit par cette ouverture pénétra dans une cavité pleine de pus qui existait immédiatement derrière la bronche ; cette cavité était assez ample pour admettre une grosse orange ; les fausses membranes qui formaient ses parois étaient en rapport en dehors avec le poumon, qui était refoulé, en dedans avec la colonne vertébrale, en arrière avec les côtes, en avant avec les vaisseaux qui entrent dans le poumon ou qui en sortent ; c'était évidemment un épanchement pleurétique exactement circonscrit, dont le médiastin postérieur formait la paroi interne. Rougeur avec ramollissement et amincissement de la muqueuse gastrique ; ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle.

L'ouverture du cadavre révéla ici la véritable source de l'expectoration purulente, insolite, qu'avait présentée le malade. La couleur grisâtre du liquide expectoré, et sa fétidité dans les derniers temps, furent probablement le résultat de l'entrée de l'air dans la cavité où il était sécrété. Ici, d'ailleurs, en raison de son siège, le diagnostic de l'épanchement devait être encore plus obscur que dans le cas précédent.

ARTICLE IV.

INFLAMMATION PARTIELLE DE LA PLÈVRE COSTO-PULMONAIRE.

XXVI^e OBSERVATION.

Épanchement pleurétique partiel avec pseudo-membranes cartilagineuse et osseuse ; mélanose pulmonaire.

Un menuisier, âgé de soixante-huit ans, éprouve une gêne habituelle dans la respiration depuis cinq à six mois ; il est es-

soufflé dès qu'il marche. Cet état est survenu peu à peu, sans qu'aucune maladie aiguë l'ait précédé. Le malade n'a jamais senti aucune douleur thoracique. Entré à la Charité le 12 janvier 1822, il est faible, pâle et très-maigre ; la respiration est courte, accélérée, la parole entrecoupée, haletante ; le décubitus horizontal est impossible. La poitrine, percutée, ne résonne que médiocrement à droite depuis la clavicule jusqu'au sein ; dans ce même espace, le bruit respiratoire est net, mais faible. À gauche, le son est très-mat dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que latéralement et en avant, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein ; en se rapprochant du sternum à cette même hauteur, la matité diminue. Le bruit respiratoire est nul là où le son est très-mat ; on l'entend faiblement, mais sans râle, près du sternum. Dans toute cette étendue, la voix présente une résonance qu'elle n'a point ailleurs : on n'entend pas toutefois le véritable chevrottement qui constitue l'égophonie. Dans les autres points du thorax, c'est-à-dire dans l'étendue des deux lobes inférieurs, le son est clair, et le bruit d'expansion pulmonaire très-intense. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, catarrhale ; le pouls fréquent et régulier, la peau sans chaleur fébrile, les fonctions digestives sont intactes. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*)

Le lendemain, 13, signes d'inflammation gastro-intestinale, langue rouge et sèche, soif vive, ventre ballonné et douloureux, diarrhée, pouls plus fréquent et peau chaude. (*Vingt sangsues à l'anus.*)

14. Léger délire, langue moins rouge et humide, grande dyspnée. Même état d'ailleurs. (*Vingt sangsues au cou ; deux vésicatoires aux jambes ; tisanes et lavements émollients.*)

15. Même état. (*Douze sangsues au cou.*)