

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.*)

16. Amélioration sous le rapport de l'état des voies digestives et du cerveau; persistance de la dyspnée. (*Tisane d'orge; deux sinapismes aux jambes.*)

17 et 18, alternatives de délire et de bon sens, langue sèche, prostration de plus en plus grande. (*Nouvelle application de sangsues au cou et à l'anus.*)

Les trois jours suivants, dépérissement rapide, gêne toujours croissante de la respiration; mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion.

Dans la matinée du 22, le malade paraît insensible à toutes les impressions extérieures; l'œil est éteint, la bouche reste entr'ouverte, la respiration est ralantie, la vie animale est anéantie. Au milieu de cet état d'agonie, le pouls, très-petit, est régulier et sans fréquence.

Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État de marasme, léger œdème de la face dorsale de la main gauche.

Le côté gauche du thorax, depuis la première côte jusqu'à la cinquième ou sixième, est occupé par un liquide limpide et incolore, qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté. La cavité qui contient ce liquide est limitée en bas par des fausses membranes qui s'étendent des côtes au poumon, et forment comme une cloison qui sépare en deux parties ou étages la cavité de la plèvre gauche. Le poumon est tapissé par des pseudo-membranes d'une épaisseur et d'une consistance remarquables. Leur aspect présente assez d'analogie avec celui des cartilages inter-articulaires; en plusieurs points elles offrent des petits noyaux de substance osseuse. Le

lobe supérieur du poumon gauche est sain et libre d'adhérences. Le lobe supérieur du poumon droit présente un grand nombre de petites masses d'un blanc mat, ayant la consistance de la craie imbibée d'eau, et d'une dureté pierreuse en quelques points. Autour de ces dépôts de phosphate calcaire, la substance pulmonaire était noire comme du charbon, très-dure, très-difficilement déchirable; ailleurs, le tissu pulmonaire grisâtre, engoué d'une grande quantité de sérosité spumeuse et incolore, était encore perméable à l'air. Les parties mélanosées occupaient au moins les deux tiers de ce lobe. Les deux autres lobes du poumon droit étaient sains.

L'estomac était médiocrement distendu par des gaz et par des liquides; sa face interne, généralement blanche, présentait à la partie moyenne de la grande courbure une petite ulcération pouvant admettre à peine une pièce de dix sous. Les bords de cette ulcération étaient formés par la muqueuse blanche et un peu ramollie, et le fond par le tissu lamineux également blanc et non épaissi. Plus près du grand cul-de-sac existait une petite tumeur arrondie, du volume d'un gros pois, couverte par la muqueuse conservée intacte au-dessus d'elle; elle était développée dans le tissu sous-muqueux, et offrait tous les caractères de la matière tuberculeuse à l'état de crudité. Dans le reste de son étendue, la muqueuse gastrique était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires. Le canal intestinal était généralement pâle, excepté dans l'espace d'un pied environ au-dessus du cœcum, où existait une légère injection. Le foie, peu volumineux, était facilement déchirable, et graissait un peu le scalpel. La moindre pression réduisait le tissu de la rate en une pulpe d'un rouge pâle.

Une quantité notable de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Il y en avait aussi en assez grande abondance dans les ventricules latéraux, à la base du cerveau

et dans le canal rachidien. — La substance cérébrale était de consistance ordinaire, non injectée.

Le siège de l'épanchement, son exacte circonscription, rendent bien raison des signes qui furent fournis par l'auscultation et la percussion. L'existence du son mat, et l'absence du bruit respiratoire dans le lobe supérieur, devaient plutôt porter à soupçonner une hépatisation pulmonaire qu'un épanchement dans la plèvre. Dans toute l'étendue de cet épanchement, la voix présentait une plus grande résonance qu'ailleurs; or, ce phénomène se trouve également dans le cas d'hépatisation. Enfin, la douleur qui signale ordinairement le début des pleurésies manqua totalement dans ce cas.

Il est important de remarquer, non-seulement comme un fait d'anatomie pathologique, mais encore comme une circonstance qui peut modifier le traitement, la nature des pseudo-membranes qui tapissaient le poumon. Elles formaient comme un véritable plastron qui, maintenant le poumon fixé dans l'étroit espace où l'épanchement l'avait refoulé, ne lui aurait pas permis de se dilater et de revenir à son volume primitif, si le liquide contenu dans la plèvre avait été ou résorbé, ou évacué à travers les parois thoraciques. Dans quelques cas semblables, nous avons essayé sur le cadavre d'insuffler le poumon, après avoir préliminairement donné issue au liquide épanché; tous nos efforts ont été infructueux. C'est là une des circonstances qui peuvent quelquefois empêcher le succès de l'opération de l'empyème; c'est vraisemblablement aussi dans des cas de ce genre, qu'après la résorption graduelle de l'épanchement, les poumons ne pouvant se rapprocher des parois thoraciques, celles-ci se sont affaissées pour se rapprocher du poumon.

Nous ferons encore remarquer les qualités du liquide épanché. Il était limpide, incolore, semblable, en un mot, à la sérosité d'une hydropisie essentielle; cependant l'existence des pseudo-membranes ne permettait pas de douter qu'il n'y eût eu, dans ce cas, un travail inflammatoire dont l'épanchement était le résultat. Il n'est pas non plus très-rare de trouver un liquide d'une aussi parfaite limpidité, soit dans l'arachnoïde, soit dans le péritoine, à la suite de phlegmasies évidentes. Ce n'est donc pas toujours d'après les seuls caractères de l'épanchement qu'il faut juger de la nature de la maladie.

Nous n'insisterons point ici sur la lésion grave dont le poumon droit était le siège; elle explique la diminution de la sonorité et l'absence du bruit respiratoire qui furent constatées du côté droit. La respiration n'avait plus lieu véritablement, chez ce malade, que dans le lobe inférieur de chaque poumon.

On doit noter aussi, chez cet individu, les symptômes assez graves d'irritation, soit encéphalique, soit intestinale, qui compliquèrent l'affection principale, et contribuèrent beaucoup à accélérer la mort. Sous le rapport de cette complication, il faut rapprocher cette observation de celles qui seront consignées dans le chapitre v.

XXVII^e OBSERVATION.

Épanchement pleurétique partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente.

Un domestique, âgé de vingt-six ans, récemment traité à la Charité d'une diarrhée chronique, fut pris, quelque temps après sa sortie, d'une vive douleur un peu au-dessous du sein

droit : en même temps, toux sèche, dyspnée; persistance de ces symptômes les quatre ou cinq jours suivants, puis entrée à la Charité dans le cours du mois de novembre 1822.

La poitrine, percutée, rendait un son très-mat à droite latéralement, dans l'espace occupé en hauteur par les troisième, quatrième et cinquième vraies côtes, et borné en avant par le mamelon, en arrière par le bord axillaire de l'omoplate. Plus bas, le son redevenait clair dans un assez court espace, puis il présentait de nouveau une matité, due à la présence du foie. Dans le premier espace, la respiration était nulle et la voix offrait un chevrottement très-marqué : partout ailleurs le bruit respiratoire était net et fort, et la poitrine résonnait d'autant mieux que le malade était assez maigre. La douleur ne se faisait plus que très-faiblement sentir; la toux était rare, l'expectoration catarrhale, la respiration courte; le décubitus avait lieu sur le dos; le pouls était fréquent, la peau chaude. L'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit ne parut point douteuse. (*Saignée de seize onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Le lendemain, vingt-quatre sangsues furent appliquées sur le côté.

A la suite de cette double émission de sang, la peau perdit sa chaleur et la fréquence du pouls diminua; la douleur de côté disparut complètement, mais les symptômes locaux n'offrirent aucun changement. Le côté malade fut couvert d'un large vésicatoire : peu de jours après son application, le pouls perdit sa fréquence. Le vésicatoire rendait la percussion impossible; mais l'auscultation n'annonçait aucune diminution dans l'épanchement. Le malade offrit cet état stationnaire pendant une quinzaine de jours. Alors une fièvre intermittente survint : frisson chaque jour depuis dix heures du matin jusqu'à midi; chaleur jusqu'au soir; sueur pendant la nuit. Le malade eut ainsi sept accès, qu'on ne chercha point à dé-

ranger, et qui diminuèrent progressivement d'intensité. Après le troisième accès, l'épanchement avait diminué : le son était sensiblement moins mat, et le bruit respiratoire commençait à s'entendre faiblement. Après le septième accès, la matité avait complètement disparu, le bruit respiratoire s'entendait partout avec une égale intensité; il n'y avait plus de trace d'égophonie. D'ailleurs, respiration libre, apyrexie; état général excellent. Le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

==

Cet épanchement partiel fut annoncé par le même ensemble de symptômes locaux que celui dont il est question dans la vingt-sixième observation.

Ici, comme dans plusieurs des observations précédentes, et nous ne saurions trop insister sur ce fait, les émissions sanguines modérèrent la fièvre, enlevèrent la douleur, l'oppression, sans diminuer l'épanchement; mais elles n'en favorisèrent pas moins sa résorption ultérieure, en calmant le stimulus inflammatoire, en plaçant l'individu dans les conditions les plus favorables pour que cette résorption eût lieu.

Enfin, nous noterons, comme un fait assez remarquable, la coïncidence de la fièvre d'accès, d'abord avec la diminution de l'épanchement, puis avec son entière résorption. Ce fait est d'autant plus curieux, qu'avant l'apparition de la fièvre intermittente, l'épanchement était resté long-temps stationnaire, et qu'un vésicatoire avait été vainement appliqué.

XXVIII. OBSERVATION.

Épanchement pleurétique partiel communiquant avec une cavité ulcéreuse du poumon.

Un ancien marin, âgé de trente-six ans, cheveux noirs, peau brune, a été sujet toute sa vie à contracter des rhumes. Depuis

quatre mois il éprouve une faiblesse inaccoutumée ; il est tourmenté de temps en temps, surtout le soir et le matin, par de petits frissons suivis de chaleur et d'une sueur abondante ; il a de l'oppression : il tousse et crache beaucoup. Il a gardé la chambre sans faire aucun remède. Depuis quelques jours il crache du sang. Entré à la Charité, dans le courant du mois de juin 1819, le malade présente l'état suivant :

Face très-pâle ; œil abattu, grande faiblesse, décubitus sur le dos, dyspnée, toux fréquente ; expectoration facile, ayant lieu au moindre effort de toux, très-abondante, formée par une sorte de détritüs d'un gris sale, rouge en quelques points, s'écoulant en nappe, exhalant une fétidité qui rappelle l'odeur de la gangrène. Son mat à la partie inférieure latérale droite de la poitrine ; râle muqueux dans une grande partie de ce même côté ; pouls très-fréquent, peau chaude, selles ordinaires.

Les jours suivants, dépérissement rapide ; fièvre hectique. L'haleine exhalait une odeur semblable à celle des crachats ; ceux-ci devenaient de plus en plus fétides. Le vingt-cinquième jour de l'entrée du malade, ils changèrent d'aspect : ils n'étaient plus formés que par un sang brunâtre et fétide. Continuation de l'hémoptysie pendant douze jours ; au bout de ce temps, les crachats reprennent leur premier aspect ; ils sont toujours aussi abondants. L'oppression est très-grande, la faiblesse extrême ; le pouls, toujours très-fréquent, peut à peine être senti ; la peau est brûlante ; les traits de la face sont profondément altérés. Le lendemain, sueur générale et visqueuse, pouls filiforme, haleine plus fétide que jamais ; râle trachéal. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Marasme peu avancé ; cadavre très-fétide.

La face externe du poumon droit est libre d'adhérences dans ses trois quarts supérieurs ; son quart inférieur est fortement fixé aux côtes correspondantes. Les fausses membranes qui unissent en cet endroit les plèvres costale et pulmonaire étant incisées, l'on parvient dans une cavité assez large pour contenir une très-grosse pomme. La paroi supérieure de cette cavité est formée par ces fausses membranes, l'inférieure par la plèvre diaphragmatique. Sa paroi externe répond aux côtes, sa paroi interne est formée par le poumon lui-même. Cette poche, qui existe évidemment dans la plèvre, est remplie par un liquide grisâtre, analogue, par son aspect et son odeur, au liquide que le malade avait expectoré pendant les derniers jours de sa vie. La paroi interne de cette poche offre en bas une ouverture irrégulièrement arrondie, assez grande pour recevoir l'extrémité du petit doigt : en insufflant par la trachée, on voit des bulles d'air s'échapper en grande quantité à travers cette ouverture ; porté dans celle-ci, le scalpel pénètre dans une vaste excavation, ou plutôt dans une foule de petites cavités communiquant toutes ensemble, et traversées dans tous les sens par une multitude de brides, dont les unes sont formées par des débris du parenchyme pulmonaire, et les autres par des vaisseaux. Les parois de ces cavernes anfractueuses sont formées par le tissu même du poumon : aucune fausse membrane ne les tapisse : elles sont d'un rouge livide. De toute l'étendue de l'ulcère s'exhale une odeur d'une fétidité gangréneuse insupportable.

Le poumon gauche offre çà et là quelques tubercules ramollis. Les grosses bronches de ce poumon sont remplies d'un liquide grisâtre, qui vraisemblablement a reflué des bronches du poumon droit. — Tous les autres viscères sont sains.

Nous voyons encore ici un exemple d'épanchement pleurétique, résultat de la communication d'une cavité ulcéreuse du poumon avec la plèvre. L'observation XIV nous a déjà offert un cas semblable. Elle diffère toutefois de l'observation actuelle, en ce qu'ici la pleurésie a été chronique, qu'aucune douleur ne paraît l'avoir annoncée, et que l'épanchement était partiel.

CHAPITRE IV.

PLEURÉSIES DOUBLES AVEC OU SANS ÉPANCHEMENT.

L'inflammation simultanée des deux plèvres est toujours une maladie fort grave. Elle est d'autant plus dangereuse qu'elle peut être facilement méconnue. En effet, comme l'a déjà fort bien remarqué M. Broussais, son début n'est, que dans le plus petit nombre des cas, marqué par la douleur pongitive, circonscrite, caractéristique, qui annonce ordinairement l'invasion de la pleurésie. Elle peut produire très-rapidement la mort, avant qu'aucun épanchement n'ait eu lieu, par le seul fait de son étendue, et par la dyspnée extrême qu'elle occasionne. Lorsque l'épanchement survient des deux côtés en même temps, l'égale diminution de la sonorité à droite et à gauche empêche de reconnaître, par la percussion, l'existence de la double collection. Dans ce cas, au contraire, l'auscultation fournit de précieux renseignements. On conçoit d'ailleurs combien le danger doit être grand, pour peu que l'épanchement pleurétique soit considérable. S'il se fait rapidement, il est infailliblement mortel dans un très-court espace de temps; s'il ne se fait plus que lentement, ou successivement d'abord dans un côté, puis dans l'autre, le cas n'est pas aussi grave, et la guérison peut avoir lieu. Si dans ce cas la maladie se termine par la mort, cette terminaison peut être prompte comme dans le cas précédent; mais la maladie peut aussi affecter une marche chronique, et ne se terminer par la mort qu'au bout d'un temps très-long. La mort semble surtout