

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

alors survenir, parce que les deux poumons, plus ou moins fortement comprimés, cessent de pouvoir admettre la quantité d'air suffisante pour qu'une bonne hématoxe ait lieu, d'où résultent le marasme et la détérioration progressive de toutes les fonctions. Donnons des exemples de ces différents cas.

XXIX. OBSERVATION.

Pleurésie double sans épanchement.

Un tailleur, âgé de trente-neuf ans, présentait tous les symptômes d'un anévrysme du cœur lorsqu'il entra à la Charité dans le cours du mois d'octobre 1822. Les jambes seules étaient infiltrées. Les poumons et leurs dépendances paraissaient sains; une toux fréquente et ancienne, avec expectoration de mucosités opaques, annonçait seulement une inflammation chronique de la muqueuse bronchique. La respiration, très-gênée à l'époque de l'entrée du malade, devint plus libre au bout de quelques jours, et l'œdème des extrémités inférieures disparut. Le 3 novembre, sans cause connue, la respiration s'accéléra tout-à-coup. Le 4, il offrit l'état suivant : La face pâle, grippée, exprimait l'anxiété la plus vive; les muscles de la face offraient de temps en temps de légers mouvements convulsifs. Le malade, à demi assis dans son lit, n'exécutait que des mouvements inspiratoires très-courts et très-rapprochés; il pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante. Il n'accusait, à proprement parler, aucune douleur; mais tout le thorax était le siège d'une sensation fort pénible, qu'il comparait tantôt à un poids qui l'étoffait, tantôt à une forte constriction qu'on aurait exercée sur les parois thoraciques, et qui se serait opposée à leur

dilatation. Le bruit respiratoire s'entendait partout très-net, mais faible; partout aussi la poitrine résonnait bien. Les battements du cœur ne présentaient rien de nouveau. La toux était rare; l'expectoration n'avait pas changé de caractère; le pouls battait plus de cent trente fois par minute; la peau était brûlante et sèche, la langue blanchâtre, le ventre indolent, les selles ordinaires. — Quelle était la cause de cette extrême dyspnée, qui s'était manifestée tout-à-coup avec altération profonde des traits, vive anxiété, pouls extraordinairement fréquent, etc. ? Cette cause résidait-elle dans une exaspération momentanée de la maladie du cœur, dans une péricardite, dans une pleurésie diaphragmatique ? On ne put faire à cet égard que des conjectures plus ou moins probables. Ici d'ailleurs, quelle que fût la cause des symptômes, l'indication à remplir n'était pas douteuse. (*On prescrivit une saignée de douze onces, et l'application de quinze sangsues sur chaque côté du thorax, des pédiluves sinapisés, des boissons émollientes.*) Le sang tiré de la veine présenta un caillot dense, couvert d'une couenne à bords relevés, entouré de beaucoup de sérosité. Après la saignée, la dyspnée fut moindre pendant quelque temps; mais bientôt elle reparut comme auparavant. — Le soir et la nuit le malade délira.

Dans la matinée du 5 novembre, le trouble de l'intelligence persistait. Les mouvements inspiratoires, extrêmement courts et très-rapprochés, s'exécutaient surtout par de petites contractions du diaphragme, brusques, saccadées, comme convulsives. D'ailleurs, mêmes symptômes. (*Vésicatoires aux jambes.*) Peu de temps après la visite, le malade fut pris d'un violent hoquet; la respiration, de plus en plus courte et gênée, s'arrêta enfin, et la mort eut lieu dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les deux plèvres, dans toute leur étendue, présentaient une vive injection, qui les faisait paraître sillonnées par des myriades de vaisseaux infiniment déliés qui s'entrecroisaient en tout sens. En quelques endroits, elles étaient couvertes par de petites concrétions albumineuses, tantôt étendues en pseudo-membranes, tantôt déposées par points isolés sous forme de granulations miliaires. Il y avait en outre, dans la plèvre droite, un épanchement d'une once environ de sérosité verdâtre, légèrement trouble. Le parenchyme des deux poumons était très-sain, médiocrement engoué. Le cœur présentait une hypertrophie des parois des deux ventricules, avec dilatation de leur cavité. L'aorte était remarquable par son extrême étroitesse. Les organes du crâne et de l'abdomen parurent être dans l'état sain.

La double pleurésie fut évidemment, dans ce cas, la cause de cet ensemble de symptômes effrayants dont on ne s'était pas rendu, pendant la vie, un compte bien positif. Ce qu'il y a surtout ici de remarquable, c'est l'absence d'une véritable douleur, malgré l'étendue et l'intensité de l'inflammation; c'est la grande dyspnée, malgré la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; c'est enfin la rapidité de la mort, bien qu'aucun organe important à la vie ne fût lésé. C'est ainsi que succombent souvent dans vingt-quatre heures les individus frappés de péritonite. Une inflammation aussi vaste et aussi aiguë ne pouvait exister sans irriter sympathiquement le système nerveux; de là les mouvements convulsifs de la face, de là le délire. On remarquera le mode particulier de respiration, les contractions comme convulsives du diaphragme,

et enfin le hoquet, qui se manifestèrent dans les derniers temps.

Cet exemple suffit, je crois, pour démontrer toute l'obscurité du diagnostic dans les pleurésies doubles, et tout le danger qu'elles entraînent, même avant qu'il n'y ait épanchement.

XXX^e OBSERVATION.

Épanchement pleurétique double coïncidant avec la disparition de douleurs rhumatismales. Guérison rapide.

Un homme, âgé de quarante ans, fortement constitué, entra à la Charité le 26 octobre 1822. Il était alors atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. Gonflement et rougeur des poignets, des genoux et du pourtour des malléoles. Fièvre intense; pas de lésion apparente des autres fonctions. Après avoir été plusieurs fois saigné, ce malade fut pris tout-à-coup d'une grande oppression, et en même temps les douleurs rhumatismales diminuèrent. Le décubitus horizontal devint impossible; les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive. La poitrine, percutée, rendait un son mat en arrière des deux côtés; dans cette même étendue, la voix était chevrotante, et le bruit respiratoire présentait la modification qui constitue ce que nous avons appelé *respiration bronchique*. Le malade n'avait ressenti aucune douleur dans les parois thoraciques. (*Trente sangsues sur chaque côté du thorax.*)

Le lendemain, 28, oppression moindre; pouls très-fréquent. Mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion. (*Vingt sangsues à l'anús; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 29, troisième jour à dater de l'apparition de la dyspnée,

le son était moins mat à droite, et de ce côté la respiration bronchique avait été remplacée par un bruit très-faible d'expansion pulmonaire; l'égophonie persistait. A gauche, aucun changement n'avait eu lieu. La respiration était beaucoup plus libre, la toux rare, le pouls moins fréquent.

Pendant les quatre jours suivants, le son mat, la respiration bronchique et l'égophonie disparurent; on entendit partout le bruit respiratoire naturel. La fièvre cessa, et la guérison fut bientôt complète, sans que les douleurs rhumatismales aient reparu.

Nul doute que ce malade n'ait été atteint d'un double épanchement pleurétique; la nature des symptômes le prouve suffisamment. Du reste, cet épanchement se forma des deux côtés à la fois, sans qu'aucune douleur l'annonçât. Il se montra en même temps que disparut l'affection rhumatismale. Sa résorption fut rapide; elle eut lieu d'abord du côté droit. Ce cas prouve qu'un double épanchement pleurétique, quelle que soit la rapidité de sa formation, n'est pas toujours mortel. Il est vraisemblable que les soixante sangsues appliquées dès le début sur la poitrine modérèrent l'inflammation et favorisèrent la résorption de l'épanchement. Nous trouvons à l'extérieur des exemples d'une résorption aussi prompte, due aux anti-phlogistiques, dans certains cas d'hydarthroses.

Nous avons déjà vu, dans une des observations de pneumonies (obs. Lxi), l'apparition de la phlegmasie interne coïncider, comme dans l'observation actuelle, avec la disparition de l'inflammation articulaire. Nous avons cité aussi dans le précédent volume d'autres cas dans lesquels une phlegmasie du péricarde se manifesta, en même temps que cessèrent des douleurs rhumatismales aiguës, qui avaient été vainement combattues par de larges émissions sanguines. Ces espèces de

déplacements de maladies, ces métastases, comme on les appelait autrefois, sont dignes de toute notre attention. Lorsque les anciens parlaient de goutte remontée dans la poitrine, leur théorie était erronée sans doute; mais les faits dont ils la déduisaient n'en étaient pas moins quelquefois très-réels.

XXXI^e OBSERVATION.

Pneumo-pleurésie avec épanchement double, dont l'invasion coïncide avec la disparition brusque d'un rhumatisme.

Un scieur de long, âgé de cinquante ans, peau brune, muscles très-développés, formes athlétiques, ressentit, le 15 septembre, vers quatre heures du soir, une violente céphalalgie qui persista jusqu'au 21. En même temps, brisement général des membres, accablement, chaleur forte et continuelle, soif, anorexie; constipation d'abord, puis diarrhée.

A l'époque de l'entrée du malade, 21 septembre, fièvre intense, langue rouge et tendant à se sécher; diarrhée (cinq à six selles en vingt-quatre heures); toux légère. (Le malade nous dit que depuis plusieurs années il avait une toux habituelle, qui d'ailleurs ne l'incommodait nullement.) (*Vingt sangsues à l'anus; saignée de douze onces.*) Le sang présentait une couenne épaisse.

Le lendemain, 22, la fièvre était plus modérée, la langue s'était humectée, le dévoisement avait diminué, mais le malade accusait dans le bras droit, et surtout aux diverses articulations de ce membre, des douleurs que le mouvement et la pression augmentaient. Une deuxième saignée fut pratiquée; elle fut couenneuse comme la première. Les douleurs ne diminuèrent pas. Dans la soirée, du frisson se manifesta pour la première fois, et la nuit une sueur abondante eut lieu.

Dans la matinée du 23, à peine la sueur était-elle terminée, que le malade fut pris d'un nouveau frisson, plus intense que celui de la veille. La toux n'avait point augmenté, la respiration ne semblait pas gênée; la langue était humide et blanchâtre; la diarrhée n'existait plus. Les douleurs rhumatismales persistaient. Au frisson succéda bientôt de la chaleur et de la sueur. — Dans la journée, le malade eut encore du frisson à quatre reprises différentes: il ne sua pas. Vers six heures du soir, les douleurs rhumatismales disparurent. A onze heures, il fut pris d'une vive douleur au-dessous de chaque sein; cette douleur fut bientôt remplacée par un sentiment de constriction, semblable à celui que le malade aurait éprouvé si la poitrine, selon son expression, eût été fortement serrée entre deux étaux. En même temps, grande dyspnée, vive anxiété. Le malade passa toute la nuit dans les plus terribles angoisses.

Dans la matinée du 24, la respiration était courte, très-accelérée. Dès que le malade se livrait au moindre mouvement, il était pris d'une toux sèche et comme convulsive. Le sentiment de constriction de la poitrine persistait. La percussion était peu sonore dans les divers points du thorax; le bruit respiratoire, très-fort sous les deux clavicules, ne s'entendait que d'une manière très-faible en arrière des deux côtés. Nous n'entendimes aucune trace d'égophonie. Le décubitus avait lieu sur le dos. La langue avait repris un peu de rougeur; pas de selles depuis vingt-quatre heures. (*Saignée de seize onces; vingt sangsues sur chaque côté du thorax; vésicatoires aux jambes dans l'après-midi.*)

Dans la journée, l'oppression devint de plus en plus considérable. Quelques crachats visqueux et légèrement rouillés furent expectorés dans la soirée. La nuit, la suffocation devint imminente, et la mort eut lieu le 25 à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Formes athlétiques; muscles très-fortement développés; très-large poitrine.

Deux litres à peu près de pus verdâtre étaient épanchés dans chacune des plèvres. Des fausses membranes, de formation récente, les tapissaient. Tout-à-fait à la superficie de la surface externe du poumon droit existaient huit ou dix petits tubercules ramollis. D'autres tubercules semblables étaient disséminés au nombre de cinq à six dans l'intérieur de ce même poumon. Deux des cavités qui résultaient de leur ramollissement auraient pu recevoir une grosse noix. Entre ces tubercules, le parenchyme pulmonaire était sain, si ce n'est en trois ou quatre points isolés, où le tissu du poumon, gorgé de sérosités sanguinolente et un peu ramolli, présentait le premier degré de pneumonie. Le poumon gauche était très-sain. Le cœur, bien proportionné, contenait du sang noir, ayant la consistance de la gelée de groseilles. L'aorte contenait une petite quantité de sang noir liquide; sa membrane interne avait une couleur rouge uniforme.

La muqueuse gastrique était rouge et ramollie dans toute l'étendue du grand cul-de-sac; des veines, remplies de sang, parcouraient dans cet espace le tissu lamineux subjacent; le reste du tube digestif était sain. Rien de remarquable dans les autres viscères. L'encéphale et ses dépendances parurent être dans leur état physiologique.

Chez ce malade, l'inflammation, avant de frapper les plèvres, attaqua successivement différents organes. Ainsi l'on observa d'abord les symptômes d'une inflammation gastro-intestinale; ils diminuèrent à la suite d'une première saignée; mais

en même temps les tissus fibreux et musculaire du bras droit furent atteints de phlegmasie. Enfin, trois jours plus tard, l'affection rhumatismale cesse tout-à-coup, et en même temps, comme par une sorte de métastase analogue à celle que nous avons notée dans l'observation précédente, les symptômes de la double pleurésie se manifestèrent; elle fut surtout annoncée par un double point de côté, une forte dyspnée, une sorte de toux convulsive, un sentiment particulier de constriction de la poitrine dans le sens de son diamètre transversal. Les crachats visqueux et un peu rouillés qui se montrèrent seulement pendant les derniers temps, annoncèrent la propagation de la phlegmasie de la plèvre au parenchyme même du poumon. Cette dernière phlegmasie n'existait d'ailleurs qu'en quelques points isolés.

Aurait-on pu soupçonner l'existence des tubercules pulmonaires chez un individu aussi fortement constitué, et qui semblait présenter le moins de conditions possibles favorables à leur développement?

XXXII^e OBSERVATION.

Double épanchement formé sans douleur. Dispositions particulières de l'épanchement du côté droit.

Un charretier, âgé de soixante ans, entra à la Charité dans le cours du mois de juillet 1822. Depuis quelques mois il ressentait des douleurs à l'une des régions dorsale et lombaire. La colonne vertébrale n'était point déviée; les membres avaient toute leur force; il n'y avait pas de fièvre. Des sangsues furent plusieurs fois appliquées sur le siège de la douleur: celle-ci diminua; mais bientôt les deux membres abdominaux s'affai-

blirent et devinrent le siège d'un engourdissement habituel. L'on appliqua aux lombes deux moxas, que l'on convertit ensuite en larges et profonds cautères. Cependant la faiblesse des membres abdominaux augmenta de plus en plus; il n'y avait pas toutefois paralysie complète, et au commencement du mois d'octobre le malade pouvait encore se soutenir sur ses jambes. Il avait habituellement de la fièvre et tombait peu à peu dans la consommation. Mais alors de nouveaux symptômes se manifestèrent: la respiration présenta une gêne inaccoutumée. La poitrine, percutée, rendit un son mat dans le tiers inférieur du côté gauche; le bruit respiratoire s'y entendait beaucoup plus faiblement qu'ailleurs, et la voix dans cette même partie présentait une résonance particulière. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche. Le lendemain, 15 octobre, le bruit respiratoire était devenu nul dans tout ce côté, on n'entendait plus d'égophonie; le son était mat depuis la clavicule et l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. La respiration était courte, accélérée, la toux rare, l'expectoration nulle. Il était évident que la plèvre gauche était le siège d'un épanchement considérable.

Le 16, la dyspnée, l'anxiété générale étaient beaucoup plus grandes que les jours précédents. A gauche, l'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignements, mais à droite en avant, au niveau et au-dessous du sein, le son était devenu mat; le bruit respiratoire, qui la veille était très-intense dans ce point, s'y entendait à peine, et la voix y était chevrotante d'une manière très-marquée. En arrière de ce même côté on entendait très-bien le bruit d'expansion pulmonaire, sans modification de la voix ni diminution du son.

17 et 18, dyspnée de plus en plus grande, face cadavérique; diarrhée abondante. Mort le 19.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un liquide trouble, verdâtre, mêlé à une grande quantité de flocons albumineux, existait dans les deux plèvres; mais la disposition de l'épanchement n'était pas la même des deux côtés. A gauche, le liquide était, comme de coutume, en contact avec les côtes, et il avait refoulé le poumon sur les parties latérales de la colonne vertébrale. A droite, au contraire, le poumon était resté en contact avec les côtes, tant en arrière que latéralement; un liquide purulent le séparait, soit du diaphragme en bas, soit du médiastin antérieur en dedans. Des fausses membranes, molles et parcourues par de nombreux vaisseaux, tapissaient l'une et l'autre plèvre.

Une énorme quantité de pus blanc, phlegmoneux, existait dans l'abdomen, de chaque côté de la colonne vertébrale, depuis la dernière vertèbre dorsale jusqu'à la cinquième lombaire. Dans cette étendue, les muscles psoas avaient été comme disséqués par le pus. A gauche, la collection purulente ne dépassait pas l'articulation iléo-vertébrale; à droite, elle s'étendait jusque dans la fosse iliaque. La surface latérale du corps de la première vertèbre lombaire était rugueuse, inégale, dépouillée de son périoste. Le fibro-cartilage intervertébral était entièrement détruit; les surfaces correspondantes du corps des deux vertèbres étaient rugueuses et noirâtres. La moelle épinière et ses enveloppes ne présentaient aucune lésion appréciable, non plus que le cerveau.

Le canal digestif, ouvert et examiné avec soin dans toute son étendue, était partout d'une pâleur remarquable.

Le double épanchement ne se forma ici que successivement. La douleur ne l'annonça d'aucun côté; la collection du côté

gauche existait vraisemblablement déjà depuis quelque temps, lorsque nous observâmes de la dyspnée. Elle semblait s'être formée lentement, et n'avait commencé à gêner sensiblement la respiration que lorsqu'elle était déjà considérable. La dyspnée ne devint d'ailleurs très-forte, et les symptômes généraux ne furent véritablement fâcheux que lorsque du pus commença aussi à s'épancher dans la plèvre droite. Mais ce dernier épanchement différait de l'autre, et s'éloignait des cas ordinaires, en ce qu'il occupait seulement la partie antérieure de la cavité de la plèvre, et qu'au lieu de reporter le poumon vers la colonne vertébrale, il l'avait refoulé directement en arrière: de là l'existence du son mat et de l'égophonie à la partie antérieure du thorax.

Nous noterons encore dans cette observation,

1° L'existence d'une abondante diarrhée dans les derniers temps, sans trace apparente d'inflammation intestinale; 2° la paralysie incomplète des membres abdominaux, qui ne reconnaissait pour cause aucune lésion appréciable de la moelle épinière. On peut présumer que les nerfs baignés par le pus avaient subi une altération quelconque qui les empêchait de transmettre complètement aux membres la faculté de sentir et de se mouvoir.