

CHAPITRE V.

PLEURÉSIES COMPLIQUÉES AVEC D'AUTRES MALADIES.

La plus commune des complications de la pleurésie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Nous ne reviendrons que d'une manière très-secondaire sur cette complication, dont la section consacrée à la pneumonie renferme de nombreux exemples. Nous allons rapporter tour à tour des cas de complications de pleurésies, soit avec diverses affections des organes thoraciques, soit avec d'autres maladies.

XXXIII. OBSERVATION.

Épanchement pleurétique avec pneumo-thorax, et tubercules pulmonaires et intestinaux.

Un Allemand, âgé de trente-cinq ans, était déjà enrhumé depuis plusieurs mois, lorsqu'il entra à la Charité. Il présenta alors tous les caractères d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré.

Quinze jours environ après son entrée, dans la nuit du 11 au 12 juillet, il fut pris tout-à-coup d'une vive douleur au-dessous du sein gauche. En même temps, gêne extrême de la respiration. Dans la matinée du 12, persistance de la douleur, léger râle crépitant en arrière à gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; partout ailleurs, bruit respiratoire fort et net; pouls dur, fréquent; peau brûlante. (*Vingt qua-*

tre sangsues sur le côté.) — Une heure après la visite, le malade expectora une grande quantité de sang écumeux et vermeil.

Le 13, continuation de l'hémoptysie; d'ailleurs même état. (*Saignée de dix onces.*)

14 et 15, cessation de l'hémoptysie; disparition de la douleur; persistance de la dyspnée et de la fièvre.

Le 16, le malade, qui, les jours précédents, avait observé une diète rigoureuse, prit un potage au riz; à peine celui-ci fut-il parvenu dans l'estomac, que l'hémoptysie reparut. (*Saignée de six onces; vésicatoire à une cuisse; diète.*)

— Le crachement de sang cessa dans la journée.

Jusqu'à cette époque la poitrine, percutée, avait présenté partout sa résonnance naturelle; le bruit respiratoire s'était partout entendu d'une manière nette, excepté à gauche en quelques points, où l'on entendait un mélange de râle muqueux et crépitant, résultat probable de la présence de quelques petites cavités tuberculeuses. — Mais le 17, un nouveau phénomène fixa notre attention. Le bruit respiratoire ne s'entendait plus à gauche en arrière, bien que dans cette même étendue la sonorité de la poitrine fût beaucoup plus grande qu'à droite, ce qui n'avait pas lieu les jours précédents. M. Lermnier annonça l'existence très-probable d'un pneumo-thorax. Un simple emphysème, en effet, n'aurait pas donné lieu à l'absence de la respiration dans une aussi grande étendue.

Le lendemain, il y avait aussi sous la clavicule gauche absence complète du bruit respiratoire, et en même temps grande sonorité.

Jusqu'au 28, le malade, examiné chaque jour, ne présenta pas de changement sous le rapport de la percussion et de l'auscultation. La dyspnée était toujours considérable, la toux fréquente; l'expectoration fut trois ou quatre fois sanguino-

lente. Une douleur obtuse se faisait sentir de temps en temps au niveau du sein gauche. Des sueurs abondantes avaient lieu chaque nuit.

Le 28, en percutant la poitrine, le malade étant assis sur son séant, nous reconnûmes pour la première fois l'existence d'un son mat à gauche en arrière, depuis la partie inférieure de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. En exerçant la succussion du tronc, selon la méthode d'Hippocrate, on entendit d'une manière très-distincte le *flot d'un liquide* dans le côté gauche du thorax. Dès lors on ne douta pas qu'il n'y eût dans la plèvre gauche un mélange d'air et de liquide.

Dans le cours du mois d'août, l'augmentation du son mat, le léger écartement des côtes annoncèrent les progrès de l'épanchement. On continua à entendre le flot du liquide. L'égoophonie ne fut jamais sensible; d'ailleurs, état général de moins en moins satisfaisant; altération progressive des traits de la face; sueurs très-abondantes, qu'on chercha vainement à modérer par l'emploi des pilules d'acétate de plomb; diarrhée depuis le commencement du mois d'août.

Dans les premiers jours du mois de septembre, le flot de liquide cessa de se faire entendre. Le son était très-mat à gauche, tant en arrière que latéralement, jusques un peu au-dessus du milieu de l'omoplate. Plus haut, tant en arrière qu'en avant, la poitrine résonnait, mais moins bien qu'à droite. A cette époque nous entendîmes en arrière une résonance particulière de la voix, qui se rapprochait de l'égoophonie.

Le 10 septembre, les idées du malade devinrent confuses; le 11, il délirait, le pouls était très-fréquent et d'une faiblesse extrême. — Le 12, les quatre membres étaient aussi froids que si le malade eût cessé de vivre depuis vingt-quatre heures; cependant il ne succomba que le lendemain matin. — Depuis

quelques jours la paupière supérieure droite restait abaissée sur l'œil et ne pouvait être relevée par la volonté.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le thorax paraissait un peu plus bombé à gauche qu'à droite; mesuré, le côté gauche fut trouvé, en effet, plus large de cinq lignes.

Une incision légère ayant été faite à un des espaces intercostaux supérieurs du côté gauche, aucun sifflement ne se fit entendre, aucune bulle d'air ne s'échappa; un litre et demi environ de sérosité citrine, mêlée à des flocons albumineux, remplissait la plèvre gauche. Les deux surfaces costale et pulmonaire de cette membrane étaient tapissées par des concrétions albumineuses, étendues en pseudo-membranes. Des adhérences assez solides, formant des brides longues de plus de deux pouces, unissaient aux côtes le sommet du poumon. Le poumon, qui était fortement comprimé, se laissa facilement distendre par l'air qu'on y insuffla. Il contenait, ainsi que le droit, de nombreux tubercules, dont plusieurs étaient ramollis. — Plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux existaient dans le médiastin antérieur. — Le cœur ne présenta rien de remarquable. — La muqueuse gastrique était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires. — Quelques tubercules crus existaient épars sous la muqueuse intestinale. Un plus grand nombre s'étaient déjà ramollis et avaient ulcéré la muqueuse. Les ganglions mésentériques étaient tuberculeux. — L'encéphale et ses enveloppes étaient remarquables par leur pâleur. Une assez grande quantité de sérosité limpide existait dans les ventricules latéraux.

Un épanchement gazeux avait-il réellement existé dans la plèvre de ce malade? On ne peut guère, ce nous semble, le

révoquer en doute. C'est par l'existence seule d'un pneumo-thorax qu'on peut expliquer plusieurs des phénomènes qui se manifestèrent à diverses époques. Voici, selon nous, comment les lésions se succédèrent, et par quel groupe de symptômes chacune d'elles fut annoncée. D'abord l'apparition du point de côté annonça la coïncidence d'une inflammation de la plèvre avec l'hémoptysie. Cette inflammation ne donna lieu, dans les premiers temps, à aucun épanchement, ainsi que l'indiquait la conservation de la sonorité et du bruit naturel d'expansion pulmonaire. Plus tard ce bruit cessa tout-à-coup de se faire entendre dans une grande étendue, et en même temps la sonorité de la poitrine, loin de diminuer, devint plus grande que du côté opposé; l'existence d'un épanchement gazeux dans la plèvre déjà enflammée nous parut dès lors évidente. Plus tard encore le son devint mat inférieurement, et, en exerçant la succession hippocratique, on entendit dans le côté gauche du thorax un flot de liquide. Or, un tel phénomène ne survient que là où il existe un mélange d'air et de liquide. L'existence du pneumo-thorax était donc rendue encore plus manifeste par ce nouveau signe; mais de plus il annonçait, ainsi que le son mat, un commencement d'épanchement liquide dans la plèvre. Ce dernier épanchement augmenta de plus en plus, et, à mesure qu'il devint plus abondant, le flot de liquide ne se fit plus entendre. Nous pensâmes dès lors que l'épanchement liquide avait entièrement remplacé l'épanchement gazeux, soit que celui-ci eût été résorbé, soit que le fluide aériforme, soumis à une pression de plus en plus forte, se fût dissous dans le liquide. En effet, l'ouverture du cadavre ne fit voir autre chose dans la plèvre qu'une collection purulente ordinaire. On se rappelle que dans les derniers temps la respiration s'entendait encore un peu en haut en arrière, et que là aussi le son était moins mat. Dans cet espace, le pou-

mon, retenu près des côtes par de longues brides, n'avait pu permettre qu'à une lame assez mince de liquide de s'interposer entre lui et les parois thoraciques.

Dans ce cas, la nature des lésions était si clairement indiquée par la nature des symptômes, que l'ouverture du cadavre, faite dans le but de vérifier le diagnostic, devenait presque superflue.

Cette observation nous offre l'exemple très-rare d'un épanchement de gaz dans la plèvre, sans qu'il y ait communication entre la cavité de cette membrane et l'extérieur. Ici le gaz paraît avoir été un produit de l'exhalation de la membrane séreuse (1). Le plus souvent, au contraire, le pneumo-thorax est le résultat d'une communication qui s'établit médiatement ou immédiatement entre les bronches et la cavité de la plèvre. C'est ce que démontrent les précieuses observations de pneumo-thorax contenues dans l'ouvrage de Laennec, et celles non moins remarquables qui ont été publiées par M. le docteur Louis (2); c'est aussi ce que prouvent les faits suivants (3):

Un jeune homme de vingt-trois ans était atteint d'une phthisie pulmonaire au dernier degré lorsqu'il entra à la Charité. La poitrine, percutée, était d'une sonorité remarquable dans les deux tiers inférieurs du côté gauche; dans cette même

(1) Un tel cas est si rare, qu'en relisant cette observation je doute aujourd'hui si l'air épanché dans la plèvre n'est pas venu d'une des petites masses tuberculeuses ramollies que contenait le poumon. Cette masse, située près de la périphérie de l'organe, aura versé son produit dans la plèvre perforée, et la fistule, en raison de sa petitesse, aura pu nous échapper.

(Note de la troisième édition.)

(2) *Archives générales de Médecine*, juillet 1824.

(3) Communiqués par M. Reynaud.

étendue, on entendait, à chaque mouvement inspiratoire, une sorte de souffle sans mélange d'aucun râle, assez analogue au bruit que l'on produit en soufflant dans un vase de métal. On annonça l'existence d'un épanchement d'air dans la plèvre, avec fistule pulmonaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva, en effet, le poumon gauche refoulé à sa partie moyenne vers la colonne vertébrale; sa surface présentait trois larges ouvertures, par lesquelles la cavité de la plèvre communiquait avec de vastes excavations tuberculeuses où s'ouvraient plusieurs gros tuyaux bronchiques. La plèvre contenait un liquide purulent, qui n'était pas en quantité assez grande pour remplir tout l'espace vide qui existait entre le poumon refoulé et les côtes.

Un homme de quarante ans environ succomba à une phthisie pulmonaire. Au moment où l'on incisa le côté gauche du thorax, un fluide aériforme en quantité notable s'en échappa avec sifflement : la plèvre de ce côté, tapissée de fausses membranes, contenait une demi-pinte environ de sérosité verdâtre et spumeuse; vers la partie postérieure du sommet du poumon gauche existait une petite ouverture de trois à quatre lignes de diamètre, exactement arrondie, à travers laquelle l'air insufflé par la trachée-artère s'échappait en bouillonnant à la surface du liquide qui remplissait la plèvre. Cette ouverture conduisait dans une très-petite cavité tuberculeuse; elle semblait être le résultat d'une simple déchirure du tissu pulmonaire. Les deux poumons contenaient d'ailleurs de nombreux tubercules.

Un homme de dix-neuf ans, atteint d'une maladie du cœur, fut pris des symptômes d'une pneumonie; puis, dans l'intervalle d'une visite à l'autre, la dyspnée devint tout-à-coup très-grande, et il succomba. A peine eut-on commencé à inciser le côté droit du thorax, qu'un fluide gazeux s'en échappa avec

sifflement. La cavité de la plèvre de ce côté contenait un demi-litre environ de sérosité verdâtre et spumeuse, le poumon était refoulé vers la colonne vertébrale. En insufflant de l'air à travers la trachée-artère, on le vit s'échapper par une très-petite ouverture arrondie, d'une ligne de diamètre, qui existait vers la partie inférieure du bord antérieur de ce poumon; cette ouverture faisait communiquer la plèvre avec une cavité capable de loger une petite noix, et qui semblait être le résultat du ramollissement d'un tubercule; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le poumon droit ne contenait aucun autre tubercule, et que le gauche en renfermait à peine quatre ou cinq à l'état miliaire.

XXXIV. OBSERVATION.

Épanchement pleurétique avec péricardite indolente et développement de tubercules.

Un charron, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis quatre mois, entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de janvier 1822. Il avait alors une vive douleur dans le côté gauche du thorax, et il toussait sans cracher. Il resta quinze jours à l'Hôtel-Dieu, et en sortit toussant encore. Entré à la Charité le 20 février, il était déjà dans le marasme. La respiration n'était que médiocrement gênée, le décubitus avait lieu sur le dos. La poitrine, percutée, rendait un son très-mat dans tout le côté gauche, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes; dans toute cette étendue, le bruit respiratoire était nul; à droite, il était généralement fort et net, mêlé de râle sibilant en quelques points. La toux était fréquente, l'expectoration purement catarrhale,

Le pouls accéléré, sans que la peau fût chaude; des sueurs avaient lieu chaque nuit. L'anorexie était complète (*Saignée de seize onces; boissons émollientes.*) Le sang présenta un large caillot, mou, sans couenne.

Les quatre jours suivants, le pouls perdit sa fréquence, un séton fut établi sur le côté gauche du thorax.

Du 26 février au 8 mars, aucun changement notable n'eut lieu. On entendait dans la fosse sous-épineuse gauche le bruit particulier que nous avons désigné sous le nom de *respiration bronchique*.

Du 8 au 20 mars, le pouls reprit de la fréquence, les sueurs furent suspendues, les urines devinrent rares, l'abdomen, complètement indolent, prit insensiblement un plus grand volume, et bientôt il présenta une fluctuation manifeste. Progrès du marasme et de l'affaiblissement. (*Crèmes de riz; bouillons.*)

Du 20 au 25 (*boissons diurétiques*). Le séton, qui semblait ne produire aucun effet avantageux, et dont le malade se plaignait beaucoup, fut supprimé; on le remplaça par deux vésicatoires aux jambes.

Le 29, la respiration, assez libre jusqu'alors, s'accéléra tout-à-coup d'une manière remarquable. Le pouls était beaucoup plus fréquent et très-petit. Les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive. Le malade n'accusait aucune douleur. Le 30, dyspnée extrême. (*Large vésicatoire sur la poitrine.*)

1^{er} avril: le malade avait passé la nuit à demi assis dans son lit; à la visite, il était couché sur le côté droit. La dyspnée était portée au plus haut degré. Une sueur abondante s'écoulait du front et des joues, qui étaient pâles et profondément excavées. Les extrémités étaient froides, le pouls se sentait à

peine. Le malade poussait des cris plaintifs. Il succomba dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'épanchement, dont la plèvre gauche était le siège, avait refoulé le poumon jusqu'au niveau de la quatrième côte. Une foule de brides épaisses, s'entrecroisant en divers sens, partageaient la cavité de la plèvre en plusieurs loges qui communiquaient toutes les unes avec les autres. Le liquide qu'elles contenaient présentait, par sa couleur, par sa consistance, en un mot, par l'ensemble de toutes ses propriétés physiques, une exacte ressemblance avec de la gelée de viande qui se liquéfie par la chaleur: à ce liquide particulier étaient mêlés en petite quantité les flocons albumineux ordinaires des épanchements pleurétiques. Les plèvres costale et pulmonaire étaient tapissées par des fausses membranes peu épaisses, dans lesquelles s'étaient développés de nombreux tubercules.

La surface externe du poumon gauche présentait vers sa partie moyenne une large tache blanche. En incisant sur cette tache, on découvrit une énorme masse tuberculeuse, ayant à peu près le volume d'une grosse orange, encore dure, et sillonnée par quelques stries noirâtres. Cette masse ressemblait beaucoup aux gros tubercules du foie; autour d'elle le tissu pulmonaire était sain. Les ganglions bronchiques, très-développés, étaient tuberculeux, des masses également tuberculeuses remplissaient le médiastin antérieur, ainsi que le tissu cellulaire qui unit la plèvre au péricarde.

Le péricarde était distendu par une grande quantité de liquide rougeâtre, au milieu duquel nageaient quelques flocons albumineux; des fausses membranes très-molles revêtaient sa face libre. Le cœur, sain, contenait des caillots de sang noir.

Une quantité notable de sérosité citrine était épanchée dans

le péritoine. Des tubercules miliaires existaient en grand nombre dans l'épaisseur des lames du grand épiploon, ainsi que dans les fausses membranes qui tapissaient la portion du péritoine dont les deux faces du foie sont couvertes.

La partie antérieure de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau présentait, non loin de la grande scissure interlobaire, une granulation jaunâtre, du volume d'un gros pois, implantée dans la substance cérébrale, et faisant à sa surface une saillie d'une à deux lignes : pressée entre les doigts, elle avait une consistance osseuse. Les ventricules latéraux contenaient une petite quantité de sérosité limpide.

Ici, la pleurésie fut la maladie primitive ; elle fut d'ailleurs annoncée par ses symptômes ordinaires. Lorsqu'elle était déjà passée à l'état chronique, le péritoine s'enflamma sans que cette phlegmasie fût annoncée par aucune douleur ; mais alors la fièvre reparut. Enfin, dans les derniers temps, l'augmentation subite de la dyspnée sembla se rattacher à l'invasion de la péricardite, qui, non plus que la péritonite, ne fut annoncée par aucune douleur. D'ailleurs, des tubercules existaient là où l'inflammation s'était montrée à l'état chronique, savoir, dans la plèvre et dans le péritoine ; mais il y en avait dans d'autres parties, où, à notre connaissance du moins, aucune inflammation n'avait préexisté à leur formation, savoir, dans le poumon du côté opposé à la pleurésie, dans les ganglions bronchiques, dans le médiastin antérieur. Qu'est-il besoin de dire que cette diathèse tuberculeuse dut puissamment contribuer à produire l'état de marasme ?

Nous noterons l'aspect particulier du liquide qui remplissait la plèvre, ainsi que les brides nombreuses qui, par leur entrecroisement, formaient des loges incomplètes. Nous fe-

rons aussi remarquer, comme un cas assez rare, la disposition de la masse tuberculeuse unique qui existait dans le poumon droit ; enfin, nous rappellerons la petite granulation osseuse, implantée dans la substance cérébrale, et dont aucun symptôme ne révéla l'existence.

XXXV. OBSERVATION.

Pleurésie et péritonite chroniques ; tubercules dans les fausses membranes.
Tubercules pulmonaires à l'état naissant.

Un commissionnaire, âgé de dix-neuf ans, Savoyard, à Paris depuis un an, fut atteint, dans le courant du mois de mai 1821, d'une bronchite, pendant le cours de laquelle il cracha un peu de sang. Vers la fin du mois de juin la bronchite était moins intense, mais le malade avait l'haleine courte ; il ressentait de temps en temps des douleurs passagères dans les deux côtés de la poitrine, jamais dans l'abdomen. Vers le commencement du mois de novembre, il s'aperçut que son ventre avait acquis un volume inaccoutumé ; et, comme il sentait ses forces considérablement diminuées, il se détermina à entrer à l'hôpital ; il présenta l'état suivant :

Face pâle, émaciation considérable des membres ; l'abdomen est tuméfié, tendu ; les circonvolutions intestinales se dessinent à travers ses parois amincies. On n'y reconnaît point de fluctuation. La pression des hypochondres ne détermine qu'une douleur obscure ; partout ailleurs la douleur est nulle. Le malade vomit de temps en temps, la langue est humide et blanchâtre, les selles ordinaires. D'après ces signes, on ne pouvait révoquer en doute l'existence d'une inflammation chronique du péritoine ; mais bientôt on acquit la certitude que la membrane séreuse pulmonaire n'était pas moins gra-