

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-

vement affectée : son mat en arrière des deux côtés , depuis le milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, bruit respiratoire très-faible , sans mélange de râle. Inspirations courtes et rapprochées, parole un peu haletante, toux rare, expectoration catarrhale, décubitus indifférent, mais ayant lieu le plus habituellement sur le dos.—Ainsi, en même temps que la péritonite, il existait chez ce malade un double épanchement pleurétique. Une affection aussi grave, aussi étendue, s'était formée, s'était accrue, sans que l'individu qui en était atteint se sentit assez malade pour suspendre même ses occupations habituelles. — Les battements du cœur s'entendaient sans impulsion et avec de fréquentes intermittences à la région précordiale, au-dessous de la clavicule gauche, et dans toute l'étendue du sternum. Le pouls était faible, lent, intermittent, la peau sèche et sans chaleur. Le malade urinait peu; il suait quelquefois la nuit. (*Quinze sangsues à l'anús; tisane de chiendent nitrée.*) — Les jours suivants, même état. (*Douze grains de calomélas et dix-huit grains de savon pour six pilules; frictions sur les membres avec l'alcool camphré et la teinture de digitale.*) — Quatre à cinq selles en vingt-quatre heures; urine plus abondante.

Quinze jours environ après l'entrée du malade, l'abdomen prit un plus grand volume, et la fluctuation y devint évidente. On remarqua que le côté gauche du thorax était devenu plus ample que le droit; les espaces intercostaux de ce même côté étaient agrandis et bombés; la faiblesse augmentait, les traits de la face s'altéraient sensiblement : cependant le liquide épanché dans le péritoine parut se résorber, l'abdomen s'affaissa, et l'on sentit de nouveau, à travers ses parois, les circonvolutions intestinales. (*Vésicatoires aux extrémités inférieures.*)

Vers la fin du mois de décembre, l'épanchement du côté gauche diminua; les espaces intercostaux se rapprochèrent, et ce côté du thorax reprit ses dimensions ordinaires. Mais bientôt une diarrhée très-abondante survint. (*Décoction blanche de Sydenham; lavements émollients.*) — En même temps, sueurs très-copieuses, prostration de plus en plus grande, extrême faiblesse du pouls. (*Potion éthérée, avec le sirop de quinquina; vin d'aunée; frictions avec l'ammoniaque tiquide et la teinture de cantharides.*)

Dans le mois de janvier, la peau se couvrit de nombreuses taches scorbutiques, la face prit un aspect cadavéreux, les yeux se couvrirent d'un nuage, les extrémités se refroidirent, et le malade s'éteignit sans agonie, ayant toute sa connaissance.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Degré avancé du marasme; nombreuses taches scorbutiques sur la poitrine et les membres.

Le poumon gauche, vide d'air, et contenant quelques tubercules au milieu d'un tissu très-sain, n'occupe que l'espace compris entre la première côte et la quatrième. Plus bas, existe une vaste poche que remplit une sérosité citrine, sans mélange de flocons albumineux, mais que traversent des brides nombreuses, rouges, très-molles, très-facilement déchirables, et s'entrecroisant de manière à laisser entre elles des espaces de forme et de grandeur variables. Les parois de cette cavité étaient tapissées par des fausses membranes épaisses que parsemaient beaucoup de tubercules.

Du côté droit, la plèvre costale est séparée de la plèvre pulmonaire par des paquets de pseudo-membranes roulées sur elles-mêmes, et qui, par leur aspect gélatiniforme, ressemblent assez aux membranes qui constituent les parois des poches hyda-

tiques. Près du diaphragme, ces fausses membranes circonscrivent une petite cavité, à peine capable d'admettre une orange, et que remplit une sérosité limpide et incolore. Le poumon de ce côté est sain.

Le cœur est dans son état physiologique; un peu de sérosité limpide existe dans le péricarde.

Les parois abdominales adhèrent intimement aux intestins. Ces derniers sont soudés de manière à ne plus former qu'une seule masse inextricable. Les fausses membranes qui les unissent et les recouvrent sont parsemées de nombreux tubercules, dont la couleur blanche ressort au milieu de la teinte ardoisée des pseudo-membranes.

La muqueuse gastrique, d'un blanc grisâtre, est d'épaisseur et de consistance ordinaires; tubercules multipliés sous la muqueuse de l'intestin grêle, qui est pâle, ainsi que celle du gros intestin.

Cerveau sain, tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une quantité notable de sérosité.

Rien n'est plus remarquable sans doute que la manière sourde dont débuta chez ce malade la double phlegmasie de la plèvre et du péritoine. Lorsqu'il entra à la Charité, les deux côtés du thorax étaient le siège d'un épanchement; un liquide purulent, avec formation de pseudo-membranes, existait aussi dans l'abdomen; et cependant, jusqu'à l'époque de son entrée, le malade avait eu la force de passer toutes ses journées au coin des rues et de continuer ses pénibles occupations. L'invasion de la pleurésie n'avait été annoncée que par des douleurs vagues, fugitives; une légère dyspnée était le seul symptôme morbide, appréciable pour le malade, auquel l'épanchement avait donné lieu. Quant à la péritonite, elle avait

pris naissance et s'était accrue, sans produire jamais la moindre sensibilité abdominale. Pendant le séjour du malade à la Charité, l'épanchement péritonéal se résorba, mais l'inflammation même du péritoine ne cessa pas. La collection purulente de la plèvre gauche augmenta d'abord au point de distendre les espaces intercostaux, puis elle diminua aussi. On put alors concevoir momentanément quelque espoir de guérison. Mais bientôt la nutrition s'altéra de plus en plus, le marasme devint effrayant, et la mort survint, causée surtout par le travail actif de tuberculisation dont les poumons, la plèvre, le péritoine et le canal intestinal étaient le siège.

XXXVI. OBSERVATION.

Rhumatisme aigu, suivi d'un épanchement pleurétique qui s'ouvre à la fois dans les bronches et à travers les parois thoraciques. Abscès phlegmoneux des membres. Péritonite.

Un bonnetier, âgé de quarante ans, avait depuis quinze jours un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il entra à la Charité. La douleur était alors fixée sur les deux genoux et sur le poignet gauche. Deux saignées, successivement pratiquées aux deux bras, furent suivies l'une et l'autre de la formation rapide d'un abcès sous-cutané, avec douleur et rougeur de la peau. Cependant le rhumatisme disparut, mais en même temps une vive douleur se manifesta au-dessous du sein droit. (*Trente sangsues sur ce point.*) Le lendemain cette douleur était beaucoup moindre; mais la respiration était très-gênée, et le son était devenu mat dans la plus grande partie du côté droit du thorax. Le bruit d'expansion pulmonaire, qui, la veille encore, était net et fort, avait été remplacé par une sorte de

souffle très-prononcé (*respiration bronchique*). La voix offrait dans tout ce côté une résonnance particulière. L'expectoration était catarrhale. L'existence d'un épanchement pleurétique ne parut pas douteuse. Le malade ne voulut pas permettre qu'on le saignât de nouveau, à cause des abcès qui avaient suivi les deux saignées précédentes. (*Trente sangsues sur le côté droit, et le soir deux vésicatoires aux jambes.*)

Le lendemain, 2 mars, même état. Le 3, on remarqua en dehors du sein droit un empâtement mal circonscrit des téguments, avec douleur, rougeur et chaleur. (*Cataplasmes émollients.*) Le 4, le malade, dont les crachats n'avaient présenté jusqu'alors aucun caractère, avait expectoré tout-à-coup pendant la nuit une grande quantité d'un liquide purulent, inodore, s'écoulant en une nappe uniforme. On soupçonna l'établissement d'une communication entre l'épanchement et une bronche. Le malade accusait de la douleur dans la cuisse gauche; elle était, en effet, rouge et tuméfiée.

Le 5, fluctuation obscure en divers points des téguments du côté droit du thorax; même expectoration; persistance de la douleur et de la tuméfaction de la cuisse gauche, et de plus abdomen tendu et très-sensible à la pression. D'ailleurs, altération profonde des traits de la face, d'où s'écoule une sueur froide et visqueuse; œil éteint. Pouls misérable, très-fréquent. Au milieu d'une aussi effroyable complication de lésions, quelle ressource pouvait offrir la thérapeutique? La mort eut lieu la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une énorme quantité de liquide, semblable à du pus phlegmoneux, remplissait la cavité de la plèvre droite, et avait refoulé le poumon vers la colonne vertébrale. A la surface

externe de ce poumon, non loin de la scissure interlobaire, existait une ouverture qui établissait une communication directe entre la cavité de la plèvre et les bronches; cette ouverture elle-même était formée aux dépens d'un gros tuyau bronchique dont les parois avaient subi une solution de continuité: ce tuyau était très-près de la bronche principale du poumon. Entre la cinquième et la sixième côte, se montrait une autre ouverture, pratiquée à travers les muscles intercostaux, dont les fibres étaient séparées et infiltrées de pus, très-molles et comme irrégulièrement déchirées. Par cette ouverture, le liquide contenu dans la plèvre s'était frayé un passage jusque dans l'épaisseur des muscles qui recouvrent les parois thoraciques; le pus avait fusé entre leurs diverses couches jusqu'au-devant de la fosse sous-scapulaire de l'omoplate.

Un pus aussi épais que celui de la plèvre était épanché dans le péritoine, que des concrétions albumineuses couvraient en divers points.

Les deux avant-bras et la cuisse gauche présentaient sous la peau et entre leurs muscles une infiltration séro-purulente, et de plus cinq ou six endroits où le pus était déjà bien formé et réuni en vastes foyers, avec ramollissement pultacé des fibres musculaires environnantes.

Nous avons vu rarement des phénomènes morbides aussi nombreux et aussi variés se succéder chaque jour avec une aussi effroyable rapidité. A peine une inflammation était-elle née, que tout-à-coup elle se terminait par une abondante suppuration: en vertu d'une bien remarquable prédisposition, l'irritation légère produite deux fois par la piqure de la lancette déterminait deux fois la formation d'un abcès; presque en même temps d'énormes collections purulentes se manifestèrent

dans la plèvre, dans le péritoine, dans toute l'étendue de la cuisse gauche. Remarquons encore que, dans ce cas, comme dans plusieurs de ceux que nous avons déjà cités, un rhumatisme aigu précéda la pleurésie, et qu'il disparut en même temps que celle-ci se montra. L'inflammation de la plèvre était encore très-récente, lorsque le pus qu'elle avait produit se fit jour à la fois et à travers les bronches et à travers un espace intercostal. Lorsqu'on observe un pareil phénomène, ce n'est guère que dans les cas où la pleurésie est chronique. Bien qu'une large communication existât entre la plèvre et les bronches, les crachats restèrent inodores. Il ne pouvait d'ailleurs pénétrer que très-peu d'air dans la cavité de la plèvre, parce qu'elle était entièrement pleine de liquide, qui semblait se reformer à mesure qu'il s'écoulait à travers les bronches.

CHAPITRE VI.

RÉSUMÉ OU HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA PLEURÉSIE.

246. Nous suivrons dans ce résumé la même marche que nous avons déjà adoptée en traitant de la pneumonie. Ainsi, nous exposerons d'abord les caractères anatomiques de l'inflammation de la plèvre; nous parlerons ensuite des causes de la pleurésie, de ses symptômes, de sa marche, de ses variétés, etc.

247. La plèvre frappée de phlegmasie présente : 1° des altérations de tissu, 2° des altérations de sécrétion. En outre, le poumon, comprimé, déplacé par l'épanchement, offre des variétés de forme, de volume, de situation et de rapports, qu'il importe de connaître.

Lorsqu'on introduit un corps étranger dans la plèvre d'un animal, ou qu'on y injecte un liquide médiocrement irritant, et qu'on examine la plèvre peu de temps après, on la trouve rouge dans une étendue plus ou moins grande; mais un examen attentif fait bientôt reconnaître que cette rougeur est uniquement due à l'injection plus ou moins vive des vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-séreux : la membrane elle-même a conservé sa transparence, et aucun vaisseau rouge ne s'y ramifie. Les mêmes phénomènes peuvent s'observer chez les hommes qui, atteints d'une pleurésie légère, succombent à une autre maladie. L'inflammation est-elle plus intense? La membrane séreuse elle-même présente alors des vaisseaux plus