

d'œil, d'autant plus considérable, que presque toujours il y a plusieurs pseudo-membranes superposées les unes aux autres : souvent alors elles acquièrent une solidité et une densité telles, qu'elles doublent en quelque sorte les parois thoraciques, et que, lorsqu'une partie plus ou moins étendue de ces parois a subi une solution de continuité, elles peuvent suppléer à ces mêmes parois, en formant une espèce de plastron qui garantit suffisamment des violences extérieures les organes contenus dans le thorax. Appliquées sur le poumon qu'un épanchement a séparé des côtes, ces pseudo-membranes constituent une barrière qui empêche le poumon de revenir à son état primitif, après que l'épanchement a été ou résorbé ou évacué. Ainsi que nous l'avons déjà vu, cette barrière peut même opposer une résistance invincible aux efforts que l'on fait après la mort pour distendre le poumon par l'insufflation.

Dans la très-grande majorité des cas où un épanchement existe dans la plèvre, soit que pendant la vie il ait été, ou non, annoncé par la douleur, la fièvre ou autres signes de phlegmasie, on trouve dans la plèvre des signes évidents d'inflammation, tirés de la présence des fausses membranes, de la nature du liquide épanché, ou enfin de l'aspect de la plèvre elle-même. De là, il faut conclure que l'épanchement de sérosité dans les plèvres, sans inflammation préalable ou sans obstacle mécanique à la circulation, est une maladie infiniment rare. Dans le cas même de maladie du cœur, l'hydrothorax est beaucoup moins commun que l'ascite.

Des tissus accidentels de diverses natures se développent fréquemment dans la plèvre enflammée. Ainsi les fausses membranes passent quelquefois à l'état fibreux, cartilagineux et même osseux ; mais le produit accidentel qui s'y développe le plus souvent est sans contredit le tubercule : nos observations nous en ont offert de nombreux exemples. Ces tubercules pren-

nent naissance au milieu même des fausses membranes ; ils sont ordinairement très-nombreux, et semblent souvent se multiplier avec une grande rapidité. Nous avons trouvé des fausses membranes déjà remplies de tubercules chez des individus qui avaient succombé à des pleurésies dont la durée n'avait pas dépassé quinze jours. La rapidité d'un pareil développement n'est pas d'ailleurs un phénomène qui soit sans analogue : nous avons cité ailleurs (1) plusieurs observations qui démontrent que les divers tissus accidentels qui, dans les cas les plus ordinaires, se développent lentement et se caractérisent par les symptômes d'une maladie chronique, naissent, croissent, dans quelques cas, avec une étonnante rapidité, et produisent une affection aiguë. Nous rappellerons ici deux cas de ce genre, dans lesquels, à la suite d'une péritonite légère, des tumeurs cancéreuses dans un cas, tuberculeuses dans un autre, se sont ainsi développées et ont acquis un volume énorme dans un espace de temps très-court.

Un ancien militaire, âgé de cinquante-un ans, entra à l'hôpital de la Charité pendant le cours du mois de septembre 1820 ; il ressentait depuis une huitaine de jours d'assez vives douleurs autour de l'ombilic ; il avait un peu de fièvre ; les selles étaient naturelles, l'aspect de la langue ordinaire : il était difficile de préciser la véritable nature de ces douleurs. (*Tisanes et fomentations émollientes ; diète.*)

Le lendemain, 20, la douleur abdominale était plus intense, une pression légère l'augmentait ; la face était altérée, le pouls fréquent et petit. L'inflammation du péritoine semblait se dessiner plus franchement. (*Trente sangsues sur l'abdomen.*)

Le 21, amendement sensible des symptômes. Le 22, ten-

(1) Mémoire sur le développement rapide des tissus accidentels (*Archives générales de Médecine*, tom. II, pag. 205).

sion de l'abdomen, assez vives douleurs, fluctuation obscure. (*Trente nouvelles sangsues.*)

Les jours suivants, les douleurs abdominales furent modérées, et la fièvre fut légère, mais le ventre se tuméfia beaucoup : cependant la fluctuation n'était pas manifeste, et il était douteux que cette tuméfaction rapide dépendit d'un épanchement péritonéal ; le son mat que rendait l'abdomen percuté ne permettait pas non plus de la rapporter à un développement de gaz dans les intestins. Dès le 30 septembre nous reconnûmes une tumeur irrégulièrement arrondie, très-mobile, qui de l'ombilic s'étendait jusque près du pubis. Dans les premiers jours du mois d'octobre, cette tumeur devint de plus en plus sensible, et bientôt on put la suivre dans la région iliaque droite et dans le flanc du même côté ; là, elle présentait un grand nombre de bosselures, et était beaucoup plus douloureuse qu'autour de l'ombilic. Du 15 au 20 octobre, les douleurs devinrent atroces : chaque matin, nous trouvions les tumeurs sensiblement plus volumineuses que la veille : elles s'étaient élevées un peu au-dessus de l'ombilic, et s'étaient étendues dans le flanc droit. Le 20, délire, mouvements convulsifs. Mort dans la journée.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la région ombilicale, les deux flancs, l'hypogastre et les deux fosses iliaques occupés par une tumeur insérée en haut au bord colique de l'estomac, cachée en bas par le pubis, au-dessus duquel elle se prolongeait.

Détachée de l'estomac et renversée de haut en bas, cette énorme tumeur laissa voir successivement derrière elle l'arc du colon, auquel elle adhérait, le paquet des intestins grêles couvert d'exsudations membraniformes, le cœcum, les deux portions ascendante et descendante du colon. La situation de cette tumeur, sa direction, ses rapports, ne nous permirent

pas de douter qu'elle n'appartint à l'épiploon. Elle était d'une dureté remarquable, très-épaisse, rugueuse et bosselée à sa surface ; incisée, elle nous présenta dans beaucoup de points un tissu blanc bleuâtre, demi-transparent, criant sous le scalpel (squirrhe à l'état de crudité) ; en d'autres points étaient creusées de petites cavités tantôt assez régulièrement arrondies, tantôt oblongues et plus ou moins anfractueuses, remplies par un liquide gélatiniforme ; les plus petites de ces cavités auraient pu à peine contenir un pois ; les plus vastes auraient admis une grosse amande (squirrhe à l'état de ramollissement). Partout l'on observait entremêlé au tissu précédent un autre tissu d'un blanc opaque, et dans lequel se ramifiaient des vaisseaux sanguins qui, en s'entrecroisant, laissaient entre eux des aréoles plus ou moins irrégulières (tissu encéphaloïde à l'état de crudité) ; en deux ou trois points seulement existait une substance pultacée rougeâtre, assez semblable à la matière du cerveau qui commence à se putréfier et qui est salie par le sang (tissu encéphaloïde à l'état de ramollissement). Enfin en quelques endroits la couleur blanche des tissus précédents était mêlée à une teinte brune assez foncée, qui indiquait peut-être un commencement de mélanose.

Au milieu de ces différents tissus se retrouvaient encore en assez grand nombre les pelotons graisseux qui existent ordinairement dans l'épiploon sain.

Le fait précédent a, je crois, peu d'analogues dans les annales de la science. C'est dans l'espace de moins de cinq semaines, qu'à la suite d'une péritonite assez légère, une tumeur cancéreuse envahit l'épiploon, acquiert chaque jour un accroissement sensible à l'œil et au tact, et finit enfin par doubler en quelque sorte la presque totalité de la paroi antérieure de l'abdomen. Qui nous révélera la cause d'un aussi rapide développement ? qui nous dira pourquoi, au contraire, chez

d'autres individus, ces mêmes tissus accidentels forment à peine en quelques années une tumeur grosse comme une noix ?

Chez cet individu, l'intensité des douleurs et de la fièvre, son effroyable dépérissement, furent en rapport avec la rapidité du développement des tissus accidentels. Chez le malade suivant, qui va nous offrir l'exemple d'une tumeur dont l'accroissement fut encore plus prompt, nous n'observerons au contraire ni douleur ni fièvre, et nous verrons les forces se conserver assez bien.

Un tailleur, âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, habitant Paris depuis sept mois, travailla et coucha, pendant les mois de janvier et de février 1822, dans un rez-de-chaussée fort humide; vers le milieu du mois de février il s'aperçut que son ventre acquérait un volume inaccoutumé, il n'éprouva d'ailleurs aucune douleur abdominale; en même temps, amaigrissement des membres et de la face; vers le commencement du mois de mars, diarrhée abondante; douleurs abdominales augmentant par la pression; perte d'appétit, diminution des forces. Pendant le cours du mois de mars la diarrhée paraît et disparaît plusieurs fois, le volume du ventre augmente. Le malade entre à la Charité au commencement du mois d'avril, et nous présente l'état suivant :

Face pâle, maigreur des membres, abdomen volumineux, douloureux seulement par une pression un peu forte, fluctuation évidente; une seule selle liquide en vingt-quatre heures depuis plusieurs jours, apyrexie, respiration libre.

L'ascite fut regardée par M. Lermnier comme le résultat d'une inflammation latente du péritoine. Enlever la phlegmasie, et chercher en même temps à obtenir la résorption du liquide épanché, telles étaient les indications à remplir. (Du 7 au 16 avril, cent vingt sangsues sur l'abdomen ou à l'anus; saignée de deux palettes; fomentations émollien-

tes; tisanes de chiendent nitrée; poudre de Dover donnée comme diaphorétique, à la dose de vingt-quatre grains en quatre paquets dans vingt-quatre heures; quelques bouillons.)

Sous l'influence de ce traitement actif, l'ascite diminua, l'urine devint plus abondante et plus claire, la peau ne s'humecta qu'une seule fois.

Le 20, on ne sentait plus de fluctuation; mais, en palpant l'abdomen, on reconnaissait facilement à travers ses parois les circonvolutions des intestins grêles réunies en une seule masse. Ainsi le diagnostic avait été juste; le malade, d'ailleurs, se trouvait très-bien, et, malgré les nombreuses pertes de sang qu'il avait subies, il assurait se sentir plus fort et plus dispos qu'à l'époque de son entrée.

Rien de nouveau pendant la fin du mois d'avril, le malade mangeait le quart; au commencement de mai il se promenait dans les jardins de l'hôpital; l'abdomen, fortement pressé, était légèrement douloureux.

Le 7 mai, la totalité de l'abdomen fut couverte d'un large emplâtre de *vigo cum mercurio* (on voulait essayer, d'après la méthode anglaise, l'influence de ce topique sur la résorption des fausses membranes). Jusqu'au 21, l'état du malade parut rester stationnaire; il n'accusa aucune douleur insolite dans l'abdomen; il continua à se lever et à se promener, la fièvre ne s'alluma pas. Quel ne fut pas notre étonnement lorsque le 21, quatorze jours seulement après l'application de l'emplâtre, nous trouvâmes, en levant celui-ci, à la place des circonvolutions intestinales, une tumeur volumineuse qui occupait l'ombilic, la partie inférieure de l'épigastre, le flanc gauche, l'hypochondre du même côté, et qui semblait se prolonger derrière les fausses côtes gauches. Cette disposition donnait à la tumeur une assez grande analogie avec la rate

qui est le cas le plus commun, sa pureté est altérée par la production de gaz acide hydro-sulfurique, en quantité assez grande pour que l'odorat en reconnaisse facilement la présence. C'est ce que tout récemment encore nous avons eu l'occasion de constater. En Angleterre, M. Davy a trouvé que du gaz contenu dans la plèvre, et qui provenait, comme ici, de cavernes pulmonaires, contenait une quantité d'acide carbonique beaucoup plus considérable que celle qui existe ordinairement dans l'air atmosphérique.

Quant aux symptômes très-tranchés qui annoncent chez les phthisiques la complication d'un pneumo-thorax, soit seul, soit uni à un épanchement de liquide, ce serait faire un double emploi que de les indiquer ici, puisque nous en parlerons ailleurs (*Maladies de la plèvre*).

On peut aussi consulter à cet égard les précieuses observations publiées par Laennec et par M. Louis.

§ IV. MALADIES DES GANGLIONS BRONCHIQUES.

95. La dégénération tuberculeuse de ces ganglions, chez les phthisiques adultes, est assez rare; chez les enfants, au contraire, elle est infiniment plus commune: cela est d'ailleurs en rapport avec ce qu'on observe pour les autres glandes lymphatiques du corps. Ainsi, par exemple, dans le premier âge, la plupart des entérites chroniques donnent lieu à l'engorgement tuberculeux des ganglions du mésentère: il n'en est plus de même après l'époque de la puberté; alors, consécutivement à l'affection intestinale, les glandes du mésentère se tuméfient, mais sans se *tuberculiser*, dans le plus grand nombre des cas; c'est ce qu'on peut observer, par exemple, chez les phthisiques dont les intestins sont depuis long-temps le siège de nombreuses ulcérations.

Avant la puberté, il n'est pas rare de trouver l'affection tuberculeuse beaucoup plus considérable dans les ganglions bronchiques que dans le parenchyme pulmonaire. Nous avons vu, par exemple, le médiastin postérieur rempli par d'énormes masses de ces ganglions, qui entouraient comme des cha-pelets la trachée-artère et ses divisions, tandis que dans le poumon nous ne trouvions que quelques tubercules miliaires entourés d'un tissu sain: mais il ne faut pas oublier qu'en même temps la membrane muqueuse des voies aériennes présentait des traces d'une inflammation plus ou moins vive. Dans quelques cas, enfin, les ganglions seuls nous ont paru tuberculeux; le poumon n'offrait aucune apparence de production accidentelle; les bronches étaient rouges.

Chez l'adulte, nous avons également constaté les divers rapports que nous venons d'établir entre l'état morbide des ganglions bronchiques, d'une part, et celui de l'appareil respiratoire, d'autre part. Ainsi, chez lui, nous avons aussi observé:

- 1° Une notable dégénération tuberculeuse des ganglions bronchiques coïncidant avec de nombreux tubercules pulmonaires;
- 2° Un pareil état des ganglions avec très-peu de tubercules dans le poumon;
- 3° Enfin, des tubercules dans ces mêmes ganglions, sans trace de phthisie pulmonaire.

Dans ce dernier cas, qui est infiniment plus rare que les deux autres, nous avons le plus souvent rencontré des indices d'un travail inflammatoire dans les conduits aérifères. Si la partie supérieure de ceux-ci est la plus altérée, alors ce n'est plus dans l'intérieur du thorax, c'est à la région cervicale, autour du larynx et de la trachée-artère, que les glandes lymphatiques se développent et tendent à se tuberculiser. Quel-