

avons cité plus d'un cas de ce genre. Mais ici de nouvelles circonstances peuvent s'opposer au succès de l'opération. Des fausses membranes denses et solides recouvrent souvent le poumon, le maintiennent fortement appliqué sur les parties latérales de la colonne vertébrale; et, comme une sorte de barrière, ne lui permettent point de se rapprocher des côtes. L'opération de l'empyème peut d'ailleurs, chez les sujets irritables, rallumer une inflammation mal éteinte, de même que chez les ascitiques l'opération de la paracentèse a plus d'une fois produit des péritonites.

Enfin la difficulté de distinguer d'une manière sûre, dans tous les cas, s'il y a épanchement pleurétique ou hépatisation du poumon, est une des causes qui doit s'opposer à ce que l'on pratique fréquemment l'opération de l'empyème. Des nuances si délicates, et souvent si peu tranchées, séparent l'égophonie, signe d'un épanchement, d'avec le retentissement particulier de la voix, signe d'une hépatisation pulmonaire, que, selon nous, il ne serait point prudent de se décider à pratiquer l'opération de l'empyème, par cela seul qu'on aurait constaté l'existence de l'égophonie (1). Cette opération ne nous semble devoir être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanchement, il y a dilatation non douteuse du thorax, et fluctuation manifeste à travers les espaces intercostaux qui, rejetés en dehors, dépassent le niveau des côtes.

Je crois devoir consigner ici les deux observations suivantes (2) relatives à deux individus qui, atteints d'un épanchement pleurétique, ont subi dans mon service l'opération de l'empyème.

(1) Voyez, pag. 571, ce que nous avons dit sur le diagnostic différentiel de la pleurésie avec épanchement, et de la pneumonie.

(2) Ces deux observations ont été rédigées par M. Fournet, qui était alors mon interne, auquel j'ai confié l'opération.

I<sup>re</sup> OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-deux ans, constitution assez forte, système musculaire et osseux médiocrement développé, formes arrondies (peau fine, blanche), système pileux châtain, toutes les sections du corps bien proportionnées entre elles, système nerveux médiocrement développé, fut pris, vers le 16 avril 1837, sans aucune circonstance appréciable, d'un point de côté, dont il indiqua le siège à la région du flanc droit; puis la douleur abandonna ce siège, remonta et s'étendit dans les parois supérieures de la poitrine et de là à l'épaule; enfin elle se localisa dans la région sous-mammaire droite, y resta pendant une quinzaine de jours, et disparut au bout de ces quinze jours sans jamais reparaitre. Toutefois il continua à travailler et à manger pendant la première quinzaine; il fut obligé au bout de ces quinze jours d'interrompre son travail, de cesser les aliments, et de rester couché presque toute la journée. Ainsi se passa le mois compris entre l'invasion de son point de côté et son entrée à l'hôpital; pendant ce temps-là il ne fit aucun traitement.

Du moment de son entrée à l'hôpital, on constata tous les signes d'un épanchement très-considérable dans le côté droit de la poitrine, avec une dilatation de ce côté de la poitrine exprimée par les chiffres de neuf lignes à deux pouces au-dessus du mammelon, quatre lignes au niveau du mammelon, deux lignes au-dessous.

Les jours suivants: affaiblissement graduel du malade; augmentation successive de l'oppression; récrudescence fébrile très-marquée chaque soir; mouvement fébrile devenant plus continu; état absolument stationnaire. La mensuration précé-

dente, répétée le 25 mai, a donné les mêmes chiffres; ceux-ci paraissant plutôt augmentés que diminués.

Le 28 mai le malade nous présenta une fièvre plus intense, avec affaissement notable; il respirait péniblement; teinte pâle terreuse autour des orifices de la face; aucune infiltration.

Langue couverte d'un enduit blanc; toute la bouche humide; couche blanche sur les gencives; le malade dit avoir faim; rien du côté du ventre; trois à quatre selles en dévoiement.

Battements du cœur précipités, sourds, profonds; du reste, rien d'anormal; pouls très-fréquent, large, développé; rien d'anormal aux carotides.

Toux fréquente par quintes très-fatigantes, s'accompagnant aussitôt d'une expression d'asphyxie de la face, suivie d'une expectoration pulmonaire très-abondante d'une matière blanche, catarrhale.

Voix produite avec effort; phrases un peu entrecoupées; du reste, timbre et intensité ordinaires de la voix. Mouvements respiratoires fréquents; soulèvement considérable du thorax; expiration longue; inspiration produite avec effort.

Le malade voudrait se coucher sur le côté droit, pour la plus grande facilité de sa respiration, mais le vésicatoire placé sur ce côté l'oblige de se coucher à gauche; il se sent, dit-il, plus oppressé sur ce côté.

En avant à gauche, inspiration plus bruyante que dans l'état normal; expiration augmentée d'intensité et d'étendue; aucune autre altération.

A droite, absence complète du bruit normal de la respiration; inspiration convertie en un caractère bronchique; expiration beaucoup plus bruyante et plus étendue que l'inspiration, offrant ce même caractère, et cela dans tout ce côté de la poitrine, depuis la région sus-claviculaire jusqu'à la base.

En arrière à gauche, caractère de respiration puérile, beau-

coup plus marqué qu'en avant à gauche; l'inspiration et l'expiration sont altérées dans leurs caractères d'intensité et de durée; de plus, dans le voisinage de la colonne vertébrale, l'expiration seulement présente un caractère bronchique très-provoqué, diminue et cesse à mesure que l'on s'éloigne de la colonne vertébrale.

A droite, exactement les mêmes caractères qu'en avant; seulement la différence de degrés entre le caractère bronchique de l'expiration et celui de l'inspiration est encore plus grand.

En avant à gauche, quelques râles muqueux mélangés de quelques râles sonores; résonnance normale à gauche, un peu plus forte à droite, et en outre un peu de timbre argentin et un très-léger caractère saccadé de la voix. En arrière à gauche, résonnance normale.

A droite, résonnance exactement comme à gauche, avec la différence que l'on ne rencontre en avant aucun caractère oëphonique.

Son normal à gauche, tant en arrière qu'en avant. Matité absolument complète en arrière, en avant, au sommet et à la base, et résistance très-grande au doigt.

Cessation presque complète de la vibration vocale dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine.

Vibration normale à gauche.

Mouvement de la respiration, de soulèvement, d'expansion, évidemment moindre à droite qu'à gauche; cette différence existant surtout en arrière.

Presque pas de différence quant au mouvement de soulèvement entre les deux côtés en avant; différence sensible quant à l'expansion. Dilatation très-sensible à l'œil du côté droit.

Mensuration donnant exactement le même résultat que l'on a déjà obtenu deux fois, et tendant plutôt à une augmentation qu'à une diminution du diamètre; on le constata le 29 mai.

Quand on fait respirer le malade en l'engageant à s'étudier, pour savoir de quel côté se fait le mieux la respiration, il assure qu'elle se fait tout aussi bien d'un côté que de l'autre. Aucune sensation spéciale persistante.

Percussion, toux, parole n'entraînant aucune différence de sensation pour l'un et l'autre côté.

Considérant la menace toujours croissante d'asphyxie, l'état au moins stationnaire de l'épanchement (sinon augmentant), l'accroissement journalier des symptômes généraux, leur récurrence constante le soir et très-intense, l'amaigrissement notable du malade, et surtout l'augmentation journalière et rapide de tout cet ensemble de symptômes, M. Andral décida qu'il y avait lieu à l'opération de l'empyème. Résolue le 28, elle fut pratiquée le 29. M. Andral eut la bonté de m'en charger.

Je la pratiquai de la manière suivante :

Le malade fut assis sur le bord gauche de son lit, ses jambes pendantes, le tronc incliné à gauche et appuyé, ainsi que la tête, sur des oreillers, le membre supérieur droit posté au-dessus de la tête et maintenu dans cette position par des aides, le côté droit du tronc représentant ainsi un arc de cercle, étendu de manière à maintenir aussi écartées que possible les côtes les unes des autres.

Le quatrième espace intercostal étant une fois fixé, la peau tendue avec les doigts de la main gauche, une incision un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant, fut pratiquée à un peu moins de la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de ce côté de la poitrine. L'incision, faite d'un pouce et demi sur le tissu cutané, eut un peu moins de longueur à mesure qu'on coupa l'aponévrose et le plan musculaire externe; on n'eut aucune difficulté à ces secondes incisions; le plan musculaire externe était comme contracté, et dès lors facile à couper; un plan musculaire plus interne, appartenant

probablement à une portion du grand dentelé, fut coupé aussi: tout cela composait une épaisseur beaucoup plus grande et beaucoup plus embarrassante pour le bistouri, pour le doigt conducteur, pour l'appréciation de la profondeur à laquelle on se trouvait, qu'on ne l'aurait pensé d'abord. Une artériole assez volumineuse, appartenant au plan des intercostaux externes, donnant un jet de sang assez fort, fut liée avant d'aller plus loin. Une chose embarrassante pour juger le point où l'on en était, c'était que, malgré des incisions régulières faites sur quatre différents plans charnus successifs, la plaie était comme toujours remplie par du tissu musculaire, à cause de l'état de convulsion dans lequel se trouvaient les muscles incisés. Quand tout le plan superficiel des muscles intercostaux fut coupé, le plan interne de ces muscles, repoussé par le liquide et par les expirations du malade, fit hernie à travers la plaie. La couleur blanche rosée de ces muscles et des légères aponévroses qui les fortifient, les faisaient tout-à-fait ressembler à la plèvre, à une poche fermée par la plèvre et par le liquide de sa cavité; on eût été tenté d'y faire une simple ponction, dans la pensée que c'était la plèvre. Alors le doigt index gauche, introduit dans la plaie, reconnut que l'espace intercostal était de trois lignes ou quatre lignes au plus, tant les côtes étaient rapprochées; le bistouri, limité en haut par le bout du doigt, en bas par le bord supérieur de la côte, lorsque ce dernier, le tranchant spécialement tourné contre la côte inférieure, eut fait une incision de quatre ou cinq lignes de longueur sur le plan interne des muscles intercostaux; incision de trois lignes de profondeur seulement; puis enfin, une ponction, faite avec précaution sur cette incision, le fit pénétrer dans la plèvre. Un peu de liquide séreux qui transsuda sur les bords de la plaie avertit de cette pénétration. L'ouverture de ponction avait été faite exprès fort petite, seulement de quoi admettre facilement

le diamètre de la sonde de femme. Le bistouri fut retiré et remplacé par l'extrémité du doigt indicateur gauche qui, destiné à boucher momentanément l'ouverture faite à la plèvre, fit place au bec de la sonde, qu'on poussa ainsi graduellement jusque dans la plèvre. Ce liquide ne s'écoula pas immédiatement; quelque peu d'air fut attiré par l'inspiration, à travers la sonde, et aussitôt après le liquide s'écoula en jet assez fort. Pour faciliter cet écoulement, le malade fut penché sur le côté droit dans une inclinaison d'autant plus grande que le liquide encore contenu diminuait davantage, et que l'air menaçait davantage d'entrer dans la poitrine. Sur la fin, pour empêcher l'air de pénétrer, il fallait à chaque inspiration mettre le doigt sur l'embouchure de la sonde et le retirer pendant l'expiration; de cette sorte le liquide coulait bien et l'air n'entraît pas. La main qui tenait la sonde avait la sensation de résistance de son bec contre la surface du poumon qui, approximativement paraissait devoir être à trois pouces environ de la paroi pectorale. Ce contact faisait beaucoup tousser le malade, et le danger de pénétration de l'air étant alors beaucoup plus grand, on était obligé de laisser l'embouchure de la sonde toujours fermée, à cause de la rapidité avec laquelle les inspirations succédaient aux expirations. Enfin, une grande quantité de liquide étant sortie, et le jet devenant trop faible et trop interrompu pendant l'inspiration, le malade a été remis droit à son séant, l'embouchure de la sonde étant bouchée avec le doigt pour empêcher la pénétration de l'air. Aucune bulle d'air ne pénétra, parce que l'ouverture de ponction était toute remplie par la sonde; puis celle-ci fut retirée avec précaution, en fermant sur elle fortement les lèvres de la plaie, après toutefois avoir glissé le long de la sonde, avec un stylet mousse, une bandelette de linge effilé enduite de cérat. Des bandelettes de diachylon servirent à réunir immédiatement les

lèvres de la plaie. Du linge fenêtré enduit de cérat, une masse de charpie par-dessus, destinée à s'imbiber de liquide, des compresses et un bandage de corps: tel fut l'appareil de pansement. Avant de l'appliquer, la plaie étant seulement réunie avec des bandelettes, j'auscultai le côté droit de la poitrine, et j'entendis un peu de bruit d'expansion inspiratoire, mais extrêmement faible et lointain. Point d'égophonie. Le malade fut transporté dans un lit bien chaud, et couché un peu incliné à droite.

A ce moment, le pouls était à cent pulsations, et la respiration à trente-deux par minute.

30 mai. Bon sommeil, bon état de calme toute la nuit. Il a moins toussé, dit-il, qu'avant l'opération. Les malades ses voisins ont dit aussi qu'il avait dormi d'un sommeil très-calme, et que la toux avait été moins forte. Le malade lui-même nous dit ce matin que sa respiration est plus libre, plus complète qu'elle ne l'était avant l'opération; déjà hier soir il annonçait cette amélioration. Toute la journée du 28, et dans la plus grande partie de la journée du 29, il avait eu beaucoup de dévoitement (dix selles); après l'opération, son dévoitement a cessé presque spontanément; le soir on lui a donné un lavement composé d'eau de lin, huile d'amandes douces deux onces, laudanum vingt gouttes.

Ce matin 30, état suivant:

Expression de calme de la face, regard bon; très-bon état moral, le malade riant volontiers. Pas d'animation fébrile des pommettes; teinte pâle terreuse de la face; peau d'une chaleur vive, tendant à la moiteur, le malade suant facilement; expression de faiblesse assez grande, le malade se dit extrêmement faible. Pouls à cent-vingt, large, développé, résistant; respiration à vingt-huit, calme, régulière, sans différence de mouvement entre le côté droit et le côté gauche.

1° En avant. Respiration complète et même un peu supplémentaire à *gauche*. (Expiration peu prolongée, un peu bruyante, inspiration bruyante.)

A *droite*. A peine saisit-on une légère trace de bruit inspiratoire dans certains moments; dans d'autres moments, cependant, on entend distinctement, comme dans le lointain, un peu de bruit d'inspiration, mais extrêmement court et léger.

L'expiration est constituée dans certains moments par un râle sonore et sibilant très-marqué; dans d'autres moments on l'entend assez pure, mais lointaine, incomplète comme l'expiration, moins incomplète cependant que l'inspiration; ces caractères occupent toute l'étendue du côté droit antérieur.

2° L'auscultation en *arrière*, à *gauche*, donne le même résultat qu'en avant à gauche.

En *arrière*, à *droite*, c'est exactement la même chose, ainsi qu'en avant à droite. Seulement l'inspiration et l'expiration sont encore plus incomplètes qu'en avant.

Aucune trace de râles.

Aucune trace d'œgophonie, ni en *arrière* ni en avant à droite; pas de différence bien sensible dans l'auscultation de la voix de l'un et de l'autre côté;

Normale à gauche, et en avant et en *arrière*.

A droite, en avant, son offrant un très-léger degré de caractère tympanique au haut; le timbre tympanique se prononçant un peu plus à mesure qu'on descend, de telle sorte qu'à la base et au milieu il est bien distinct tympanique, quoiqu'à un degré médiocre.

En *arrière*, son pulmonaire dans le tiers supérieur, obscur d'abord, et puis mat dans le tiers supérieur.

Vibration vocale presque égale en avant à droite à ce qu'elle est en avant à gauche: en *arrière* à droite, plus faible, mais

sans différence bien grande, quoique bien sensible, qu'en *arrière* à gauche.

Pas de différence sensible pour le mouvement en avant entre les deux côtés. L'appareil empêche d'examiner sous ce rapport la partie postérieure.

Expectoration. Crachats médiocrement abondants, parfaitement naturels pour la couleur, assez spumeux, quoiqu'un peu densifiés et surtout visqueux. Aucune teinte rouillée.

Le malade sent aujourd'hui que son côté droit est dégagé, moins pesant, et que la respiration s'y fait mieux, malgré que hier, avant la respiration, il n'ait accusé aucune différence de sensation entre les deux côtés. Pas de douleur dans le côté droit, ni ailleurs; seulement, dit-il, quand il remue, il ressent une douleur vis-à-vis de la plaie.

Langue humide, couverte d'un enduit blanc; couche blanche sur les gencives; un peu d'appétit. Pas de selle, depuis hier matin; il a rendu son lavement sans presque autre chose.

Évidemment le malade est mieux qu'avant l'opération, sous le rapport local. (*Infusion de violettes édulcorée; potion gommeuse avec sirop diacode; looch avec sirop diacode; diète absolue.*)

La saignée faite hier soir offre les caractères suivants:

Bien coulé; trois palettes; caillot occupant les deux tiers du diamètre du vase, nageant au milieu d'une grande quantité de sérosité, recouvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur, retroussée en godet; caillot résistant.

Ce matin, 31 mai, état suivant:

Expression d'accablement très-grand; peau toute couverte de sueur, peau d'une pâleur terreuse très-marquée; expression assez calme de la respiration, qui est de vingt-deux à vingt-quatre seulement; voix plus facilement émise dans des phrases continues. L'examen de la poitrine donne le résultat suivant:

à gauche, de même qu'hier à droite en avant, on entend aujourd'hui une expansion pulmonaire assez marquée, sous forme de souffle, et pendant l'inspiration, et pendant l'expiration, pendant l'expiration surtout. Néanmoins la respiration est encore bien incomplète. Ces caractères existent dans toute l'étendue de ce côté de la poitrine, en avant.

Dans d'autres moments, la respiration et l'expiration surtout sont voilées par un râle sonore et sibilant. Dans ces moments-là, on n'entend pas le bruit de l'expansion pulmonaire dont on vient de parler; la percussion à la région antérieure droite donne un son qui se rapproche davantage du son pulmonaire que celui d'hier: cela dans toute l'étendue de la région antérieure.

En arrière à droite, un peu plus de bruit d'expansion qu'il n'y en avait hier dans la partie supérieure, mais beaucoup moins qu'en avant. Ce bruit d'expansion, qui commence à reparaître, devenu lui-même recrudescant. A la base, l'expiration s'accompagne d'un caractère bronchique au premier degré.

La percussion donne un son meilleur en haut qu'hier, et l'étendue dans laquelle on entend ce son est plus grande qu'hier.

L'expectoration, assez abondante, est moins catarrhale qu'hier; on y remarque quelques légères stries de sang. Pouls à cent trente, assez large, assez mou, un peu ondulent.

Fonctions digestives dans le même état qu'hier.

Rien autre chose de remarquable.

L'appareil n'avait point été levé hier; on l'a levé aujourd'hui pour la première fois. Le malade étant mis à son séant, les pièces de l'appareil enlevées, on a trouvé les lèvres de la plaie rapprochées, la plaie presque cicatrisée, excepté dans le point correspondant à la mèche. Toutes les pièces de l'ap-

pareil et les linges qui l'environnaient étaient imbibés complètement de sérosité; mais cet écoulement de sérosité par la plaie n'avait eu lieu que pendant la nuit, car le soir les linges n'étaient pas mouillés.

Un stylet boutonné, ayant été glissé le long de la bandelette, ne put pénétrer dans la cavité de la plèvre qu'après quelques instants de recherches, toutes les parties étant renflées, et le trajet de la plaie complètement oblitéré; on pénétra plus facilement dans la plèvre avec une sonde de femme qu'avec un stylet boutonné.

L'embouchure de la sonde étant fermée par le doigt, et la plaie comprimant de toutes parts la sonde qui la traversait, il en résulta qu'il n'entra pas d'air du tout dans la poitrine.

Le malade penché sur le côté, et l'embouchure de la sonde étant laissée libre, il en sortit un flot de liquide absolument semblable à celui de la veille sans aucune teinte purulente ni sanguinolente. D'abord le liquide coula bien; ensuite, à chaque inspiration, l'air menaça d'entrer par la sonde dans la poitrine; mais on prévint son entrée avec facilité, en appliquant exactement le doigt sur l'embouchure de la sonde, au moment où se faisait chaque inspiration, et en le relevant au moment où se faisait chaque expiration.

L'expiration étant plus longue, le liquide avait le temps de couler abondamment. Il s'en écoula ainsi une quantité assez considérable.

Le malade fut extrêmement faible pendant toute cette manœuvre; il faillit même se trouver mal pendant un instant. A peine quelques bulles d'air pénétrèrent-elles dans la poitrine; on remarqua que, dans l'expiration qui suivait, l'air qui avait été attiré pendant l'inspiration ressortait en totalité. Sur la sonde on glissa une nouvelle mèche, au moyen d'un cylindre recourbé, jusque dans la cavité pleurale, et on

retira l'anclenne, qui n'offrait aucune trace de suppuration. Il suffit de mettre le doigt sur l'embouchure de la sonde, pour qu'aucune bulle d'air ne pénétrât pendant ce temps, les lèvres de la plaie comprimant la sonde de toutes parts. Ensuite, ces lèvres étant rapprochées, on retira la sonde, et on maintint ce rapprochement au moyen de bandelettes de diachylon, comme la veille. Le malade fut recouché, dans un lit préparé, sur le côté droit; pendant ce temps, des alèses chaudes avaient prévenu le refroidissement. (*Eau de Seltz coupée avec du sirop de violette; looch blanc, avec deux grains d'extrait de belladone; diète.*)

L'examen du malade, fait une heure après l'évacuation du liquide précédent, donna le résultat suivant :

En avant, à droite, inspiration et expiration occupées par des râles sonores et sibilants, comme précédemment; mais l'oreille apprécie très-bien qu'il y a plus de développement dans ces deux temps qu'il n'y en avait avant l'évacuation du liquide faite le matin. Ce développement reste plus considérable dans l'expiration que dans l'inspiration. La percussion reste exactement la même que le matin, ni plus ni moins.

En arrière, à droite, on entend de l'expansion pulmonaire, pendant le temps de l'inspiration et surtout pendant celui de l'expiration; ce bruit d'expansion s'accompagne d'un caractère de frottement, de froissement, qui donne à l'oreille la sensation d'un effort de dilatation du poumon, avec sensation de froissement de sa surface contre les corps voisins. Ce froissement existe, et dans l'expiration, et dans l'inspiration, et il est comme composé de crans successifs, peu distincts les uns des autres, presque continus. Cette expansion a lieu de haut en bas, et il n'existe plus aucune trace de caractère bronchique. L'expiration est au moins aussi étendue et aussi intense que l'inspiration. La percussion, pratiquée en arrière

à droite, donne un son pulmonaire en haut, presque égal à celui du côté opposé; ce son diminue à mesure qu'on descend, et il devient encore obscur à la base. La vibration vocale est presque égale en arrière des deux côtés; en avant la différence est encore moindre; aucune trace d'égophonie. Le malade est évidemment mieux qu'avant l'évacuation du liquide faite ce matin; il se couche sur le côté droit; sa respiration est plus libre; il y a moins de sueur, moins de fréquence dans le pouls; l'expression faciale est meilleure.

Le 1<sup>er</sup> juin, coloration moins fébrile des pommettes; cent vingt pulsations, vingt-six respirations. L'auscultation de la poitrine donne le même résultat qu'hier matin. Depuis l'évacuation du liquide, il ne paraît pas que l'épanchement ait augmenté. En somme, le malade va assez bien; seulement, l'état général, l'état des forces ne sont pas satisfaisants. (*Trois pots de tisane d'orge coupée avec de l'eau de Seltz; looch blanc pectoral, avec deux grains d'extrait de belladone; un julep gommeux pour le soir.*)

Les vomissements ont cessé depuis hier; les envies de vomir ont continué, mais moins qu'hier.

Le 2 juin, une quantité considérable de sérosité inonde de toutes parts les pièces de l'appareil et les linges environnant le côté droit du malade; pansement renouvelé comme hier; auscultation donnant exactement le même résultat qu'avant-hier après l'évacuation du liquide; seulement, râle muqueux abondant à la partie postérieure gauche. Le son fourni par la région antérieure droite offre beaucoup plus que jusque là le caractère pulmonaire; à peine présente-t-il un très-léger degré de timbre tympanique. La percussion en arrière à droite donne le même résultat qu'avant-hier; l'épanchement ne paraît pas avoir augmenté. Vingt-six respirations; pulsations,