

fausses côtes. Le malade avait une toux fréquente avec expectoration de crachats sanglants, rouillés, mêlés à d'autres spumeux et aérés. La respiration était pénible, fréquente; le pouls, petit, battait environ 120 fois par minute; la face était rouge, animée, les forces semblaient conservées.

Les signes physiques que nous observions ne laissaient aucun doute sur l'existence de la pleurésie, compliquée d'un certain degré de pneumonie et d'une communication de la cavité pleurale avec les bronches. Les circonstances dans lesquelles le mal s'était produit nous donnaient à penser que l'épanchement devait être purulent.

Une ponction de la poitrine me paraissait indiquée. Je la pratiquai, et je retirai cinq litres et demi d'un pus séreux et inodore; je me servis de la seringue à double courant de M. Mathieu, qui me permit d'injecter, sans retirer l'instrument, 250 grammes de solution iodée. Un soulagement très-notable suivit immédiatement cette opération. Le malade disait que sa respiration était très-libre; il se coucha sur le côté droit et dormit quelques heures.

Pendant la nuit, des sueurs abondantes survinrent; le lendemain matin, notre homme se trouvait moins bien que la veille, cependant le mouvement fébrile était tombé.

Le surlendemain, 15 novembre, le pouls battait 90, la peau était moite et chaude. En examinant la partie affectée, nous retrouvions une matité absolue dans la moitié inférieure, et au contraire une résonnance exagérée au-dessus. Il n'y avait ni murmure respiratoire, ni souffle, ni égophonie, on entendait seulement dans le lointain le bruit d'expansion vésiculaire de l'autre poumon. Le tintement métallique et le bruit de flot à la succussion existaient toujours; le foie restait déplacé; la respiration, assez libre quand le malade était assis, devenait anxieuse s'il se couchait sur le côté gauche.

Du 15 au 20, rien de notable ne survint dans sa situation, mais le 20 la matité avait augmenté et s'étendait jusqu'au niveau de la troisième côte; la sonorité exagérée et les autres phénomènes stéthoscopiques que je vous ai signalés persistaient. Au-dessus du niveau de la plaie faite avec le gros trocart dont je m'étais servi pour faire la paracentèse, le tissu cellulaire était œdématisé, la peau était rouge, tuméfiée, douloureuse; dans la journée, cette plaie se rouvrit, et donna issue à environ trois quarts de litre d'un pus très-fétide.

Le lendemain, le niveau de la matité était abaissé, en même temps que la sonorité exagérée s'était étendue. Il y avait un mouvement fébrile plus prononcé que les jours précédents. Le malade rendait par l'expectoration des crachats rouillés qu'il trouvait très-fétides, et la toux était fatigante par sa fréquence.

Le 23, l'écoulement par l'ouverture fistuleuse de la poitrine se suspendit; nous commencions à entendre les bruits respiratoires en arrière et en bas, bien que le tintement métallique se produisit encore; la respiration était plus libre; la fièvre avait cessé.

Le 25, la fistule qui s'était ouverte de nouveau, avait donné issue à du pus fétide qui s'échappait en jets assez forts dans les quintes de toux. Les phénomènes physiques obtenus par la percussion et l'auscultation étaient de la matité et du souffle amphorique, mais le murmure vésiculaire s'entendait dans une plus grande étendue, mélangé de gros râles muqueux. L'état général était satisfaisant, le malade mangeait peu, mais de bon appétit.

Du 25 au 30 novembre, la plaie de la poitrine donna issue à un pus dont l'écoulement fut alternativement plus ou moins abondant, et avec sa plus ou moins grande abondance variait le niveau de la matité.

Le 30, la sonorité s'étendait jusqu'à la cinquième côte en avant, presque jusqu'à l'angle de l'omoplate en arrière. Le murmure vésiculaire s'entendait dans toute la partie supérieure; les forces, l'appétit étaient notables; le malade se levait dans le courant de la journée.

Depuis le jour de l'opération, nous avons entouré la base de la poitrine d'une ceinture faite avec de larges bandelettes de diachylon, que l'on avait renouvelées chaque jour.

Pendant tout le mois de décembre, le mieux fit de sensibles progrès, mais rien de ce que je trouve consigné dans mes notes ne mérite une mention spéciale.

Le 10 janvier 1857, il y avait toujours de la matité en arrière jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire, encore faible, accompagné de râles muqueux, s'entendait jusqu'en bas; en avant il était très-net partout; le côté droit de la poitrine était singulièrement rétréci; depuis vingt-quatre heures, il n'y avait plus eu le moindre suintement par la plaie, qui paraissait complètement cicatrisée.

Le 23 janvier, le malade, qui depuis quelque temps mangeait les quatre portions d'aliments, demandait à quitter l'hôpital; il ne conservait comme reliquat de son affection, qu'une expectoration encore légèrement fétide: il sortit, nous promettant de venir se montrer de temps à autre. Nous le revîmes en effet, le 30; sa situation était excellente, bien qu'en arrière encore la matité, la faiblesse du murmure respiratoire indiquassent que tout n'était pas fini.

Quinze jours après, le 13 février, cet homme revenait encore nous voir; il avait repris ses occupations de charretier.

Messieurs, je vous ai dit que la pleurésie, lorsque l'épanchement persistait longtemps, pouvait devenir purulente, la pleurésie restant simple, c'est-à-dire n'étant l'expression d'aucune diathèse, et que cela s'observait surtout chez les enfants; mais je vous ai dit aussi que la *fluxion constante vers les organes thoraciques* était susceptible de provoquer le développement des tubercules chez les individus qui y sont prédisposés.

Toutes les fois qu'une phlegmasie chronique, développée soit sans cause connue, soit sous l'influence d'une cause traumatique, atteint un individu sous

l'empire de la diathèse tuberculeuse, la manifestation de la diathèse se fait vers les appareils, vers les tissus affectés. Ainsi, qu'un garçon né de parents scrofuleux et chez lequel on a lieu de craindre que la scrofule n'existe, quoiqu'elle soit restée silencieuse jusqu'ici, que ce garçon se donne une entorse, il faut se tenir sur ses gardes, surveiller le mal de plus près qu'on ne le ferait chez un autre, parce que cette entorse va peut-être devenir le point de départ d'une tumeur blanche; il en sera de même des phlegmasies abdominales, thoraciques, etc. Chez un enfant de bonne constitution, né de parents sains, la diarrhée chronique n'entraînera pas les dangers qu'elle entraînera chez celui qui sera issu d'individus strumeux ou tuberculeux. Que chez ce dernier la diarrhée dure longtemps, que la phlegmasie intestinale persiste, les glandes de Peyer, les ganglions mésentériques se prendront : vous verrez survenir l'affection connue sous le nom de *carreau*, ou bien, les phlegmasies intestinales s'étendant par contiguïté à la membrane séreuse péritonéale, vous verrez s'établir une péritonite chronique avec granulations tuberculeuses. De même, chez les individus en puissance de diathèse strumeuse, lorsqu'un épanchement pleurétique persiste, la fluxion inflammatoire vers la membrane séreuse pleurale appellera de ce côté la manifestation diathésique, absolument comme tout à l'heure l'entérite, la péritonite, l'arthrite l'appelaient du côté des ganglions mésentériques, du péritoine, du côté des articulations.

De ces considérations découlera donc la nécessité de pratiquer la paracentèse de la poitrine le plus tôt possible, dans le cas où l'épanchement sera considérable.

Maintenant, messieurs, il importe de vous dire que ces épanchements considérables survenus lentement, que *ces pleurésies latentes sont souvent elles-mêmes la manifestation de la diathèse tuberculeuse*, l'expression d'une phthisie commençante, ainsi que Stoll l'avait depuis longtemps signalé : « Est » (pleuritis latens) sæpè chronica, non raro hæreditaria, tumque in phthisin » terminanda, » écrit-il (1).

Ces épanchements chroniques ne se produisent pas nécessairement, comme on pourrait le croire, et comme on l'a prétendu, sous l'influence d'une inflammation tuberculeuse de la plèvre, que l'on trouverait, dans ces cas, dit-on, tapissée de granulations caractéristiques. Il en est ainsi le plus souvent, il est vrai, mais alors encore il est permis de discuter la question de savoir si les granulations tuberculeuses ne se sont pas développées consécutivement à l'épanchement. D'autres fois ces épanchements chroniques, même lorsqu'ils restent séreux, limpides, peuvent être la seule manifestation thoracique de la diathèse tuberculeuse, et quand, plus tard, les malades sont enlevés par une autre affection, l'autopsie démontre que l'appareil pulmonaire est parfaitement sain. En voici un exemple :

(1) Stoll, Aphorisme 188.

Auguste Thillaye, âgé de douze ans, fils du conservateur des musées de la Faculté de médecine de Paris, d'une constitution lymphatique, fut amené de pension, avec une forte céphalalgie et un point de côté à gauche, au-dessus des fausses côtes. Il était sans fièvre. On le mit au lit, le point de côté disparut; l'enfant sortit le lendemain en voiture. Pendant plusieurs jours, il fut sans appétit, mais sans fièvre ni toux, et ne se plaignit d'aucune douleur.

Quatre jours ensuite, la poitrine ayant été examinée avec le plus grand soin, on reconnut que la respiration se faisait aussi bien à droite qu'à gauche.

Trois jours après, au soir, tout le côté gauche de la poitrine, de la base au sommet, fut trouvé rempli de liquide; on appliqua un vésicatoire.

Le lendemain, la fièvre apparut pour la première fois. Trois jours plus tard, onzième jour à partir du début de la maladie, un nouveau vésicatoire fut appliqué sans plus de succès que le premier; l'épanchement augmenta sans que l'enfant se plaignit d'aucune douleur. Le 5, je fus appelé et je manifestai le désir de me voir adjoindre M. Bouillaud. L'aplomb de la poitrine était considérable à gauche, avec presque immobilité des côtes; la matité était absolue, nous entendions du souffle bronchique et de la bronchophonie. Le médiastin était repoussé à droite et en haut à 2 centimètres de la ligne médiane; le cœur, refoulé de ce côté, battait au niveau du teton droit; le foie, la rate surtout, déplacés, descendaient très-bas dans la cavité abdominale. Cependant il y avait peu de dyspnée, mais il y avait de l'essoufflement quand le malade s'agitait; le pouls était petit, à 128, la peau, médiocrement chaude; il n'y avait pas de troubles gastriques. Nous conseillâmes une troisième application d'un vésicatoire volant; des prises de calomel à doses fractionnées, et du nitrate de potasse. Pendant huit jours, aucune amélioration ne se fit sentir; au contraire, le pouls prit beaucoup de fréquence et monta à 144, sans que la chaleur de la peau augmentât; le visage était anxieux. Un quatrième vésicatoire fut appliqué, en outre nous donnâmes de la digitale, qui fut continuée pendant huit jours.

L'épanchement avait augmenté; le cœur battait à droite, en dehors, plus haut que le teton droit; il n'y avait ni orthopnée, ni dyspnée, ni toux. La paracentèse fut décidée et pratiquée avec les précautions habituelles, le jeudi 13 novembre, à dix heures du matin. Onze cents grammes de sérosité verdâtre, limpide, très-albumineuse, s'écoulèrent par le trocart: le soulagement fut immédiat, mais ce qui arrive presque toujours, le malade eut des quintes de toux fréquentes après la ponction. Le poumon était revenu immédiatement sur lui-même, et l'on entendait la respiration dans toute l'étendue de la partie inférieure de la poitrine; le cœur se replaça d'abord sous le sternum, bientôt après il reprit sa place naturelle.

Le 15, l'état était bon. On entendait des râles muqueux sous-crépitaux dans toute la partie antérieure de la poitrine.

Le 24 novembre, il y avait un peu de fièvre; l'épanchement avait un peu augmenté.

L'enfant était complètement guéri de cette pleurésie, lorsque, à quelques mois de là, il mourut d'une méningite tuberculeuse.

L'autopsie fut pratiquée, et l'on trouva la cavité pleurale sans traces de lésion; les poumons paraissaient sains; il y avait des granulations tuberculeuses dans le cerveau.

Ce fait vient donc à l'appui de la proposition que j'avais tout à l'heure, que l'hydrothorax peut être, alors même que le liquide épanché est purement séreux, la manifestation de la diathèse tuberculeuse; il démontre encore que malgré cet état grave de l'économie auquel notre jeune garçon devait succomber prochainement, la paracentèse de la poitrine, dont la nécessité était indiquée par l'imminence du danger, a été d'une réelle utilité, puisque, sans elle, l'épanchement pleurétique aurait infailliblement entraîné la mort.

Lorsque ces épanchements accompagnent des manifestations tuberculeuses dans les poumons, — et alors ils sont généralement purulents, — la paracentèse est encore utile dans les cas où l'abondance de l'épanchement devient une complication redoutable. Assurément, le fait de l'existence de tubercules, et à plus forte raison des cavernes pulmonaires, est une circonstance très-grave qui laisse peu de chances favorables au succès de l'opération; mais si nous ne pouvons espérer d'obtenir par ce moyen la guérison définitive, la maladie principale qui domine l'affection pleurale étant de sa nature mortelle, quoi qu'on fasse, dans un terme plus ou moins rapproché, du moins la paracentèse est-elle susceptible non-seulement d'empêcher la mort imminente, mais encore de prolonger pour un assez long temps les jours du malade. C'était déjà l'opinion de Laennec, qui dit (1) que le mauvais état d'un poumon rempli de tubercules ne doit pas empêcher absolument l'opération de l'empyème, lors même qu'on aurait reconnu la pectoriloquie dans le sommet du poumon comprimé par l'épanchement, si d'ailleurs, ajoute-t-il, l'autre paraît sain; et dans ce cas, Laennec regardait la guérison comme possible.

Des faits observés par des auteurs recommandables, ressort l'utilité de la paracentèse dans le cas même où il s'est produit un *hydro-pneumothorax*.

Il y a plusieurs années, je l'ai pratiquée dans ces conditions, à quelques semaines d'intervalle, chez deux individus qui étaient à la même époque dans notre service de clinique.

L'un d'eux était un jeune Piémontais, âgé de vingt-six ans, exerçant la profession de prestidigitateur. Habituellement de bonne santé, mais menant, par état, un genre de vie très-irrégulier, faisant bien souvent des écarts de régime, il attribuait à un refroidissement subit qu'il avait éprouvé au sortir d'une soirée la cause du mal pour lequel il venait réclamer nos soins.

Depuis deux mois, époque à laquelle il faisait remonter le début de ses accidents, il était tourmenté par une toux fatigante, sans expectoration. Il avait

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, 2^e édition, t. II, p. 520.

cependant continué de travailler, allant d'un café dans un cercle, de là dans les salons, se couchant tard, buvant, mangeant comme d'habitude, peut-être avec excès: ne faisant, d'ailleurs, pour combattre son rhume, rien autre chose que de prendre des bains de vapeur et des bains russes.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 3 mars 1857, il se trouva plus souffrant que d'ordinaire; toutefois il ne garda pas le lit, bien qu'éprouvant une grande faiblesse; son appétit était diminué; souvent, après avoir mangé, il était pris d'accès de toux suivis de vomissements; la nuit, il était épuisé par des transpirations abondantes; il maigrissait, la couleur de sa peau devenait de jour en jour plus terne, enfin, il fut forcé d'abandonner ses occupations, et, se trouvant à bout de ressources, il se décida à se faire admettre à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque nous le vîmes, il était sans fièvre, mais d'un aspect maladif, caractérisé par une grande pâleur, par une maigreur et une faiblesse notables; il toussait à peine, n'expectorant que quelques crachats mucoso-albumineux sans aucun mélange de sang. Nous remarquions cependant la déformation hippocratique des doigts.

L'examen de la poitrine présentait des signes dont l'intensité était loin d'être en rapport avec cette absence presque complète des phénomènes de réaction générale. En effet, nous trouvions en avant sous la clavicule gauche, à la percussion, un peu moins de résistance au doigt et une certaine exagération du son, qui, à droite, n'avait rien d'anormal. De ce côté droit, on entendait la respiration supplémentaire, tandis qu'à gauche, l'expiration était soufflante et accompagnée de retentissement de la voix. En arrière, la sonorité, normale dans la fosse sous-épineuse, diminuait au-dessous du niveau de la crête de l'omoplate; à partir de ce point, le son était dur, et cette dureté arrivait à la matité absolue dans les parties inférieures. Dans la fosse sous-épineuse, on entendait du souffle tubaire se produisant aux deux temps, mais exagéré dans l'expiration, où il s'entendait seul, tandis que dans l'inspiration il était accompagné, et même après les quintes de toux, remplacé par des bouffées de râles sous-crépitants. La voix retentissait dans ces points, et devenait bronchophonique. A droite, nous entendions une respiration à peu près normale, sauf un bruit de souffle qui semblait se produire loin de l'oreille, et que nous regardions comme la transmission des bruits du côté gauche.

En présence de ces phénomènes, nous hésitâmes avant de poser notre diagnostic: l'absence de tout symptôme fébrile, la marche chronique de la maladie, nous empêchaient de penser à une pneumonie aiguë; quant à la pneumonie chronique, maladie d'ailleurs très-rare, telle n'est pas sa marche, tels ne sont pas ses symptômes, ainsi que vous pourrez vous en convaincre en lisant l'excellente thèse de M. Raymond sur cette affection. D'un autre côté, si les symptômes généraux, amaigrissement, perte des forces, diminution de l'appétit, transpirations nocturnes abondantes; si, en même temps, les signes fournis par la percussion et l'auscultation, pouvant dépendre de l'existence

de cavernes, me donnaient l'idée d'une phthisie pulmonaire, nous ne pouvions faire concorder cet appareil de symptômes et de signes avec l'absence d'expectoration, ou du moins avec une expectoration si peu abondante, qui jamais ne nous présenta aucun caractère spécial, avec l'absence des signes évidents de tubercules dans les sommets. Nous pensâmes donc que notre malade présentait une de ces formes de pleurésie chronique dans lesquelles, ainsi que l'ont très-bien indiqué MM. Rilliet et Barthez (1), il existe un retentissement extraordinaire de la voix, une respiration caverneuse, un souffle tubaire et amphorique, du gargouillement même; faits sur lesquels a depuis insisté mon collègue M. Béhier (2).

Nous nous étions donc arrêté à l'idée d'une pleurésie chronique, soupçonant, sans pouvoir établir suffisamment notre diagnostic sur ce point, l'existence de tubercules pulmonaires du côté gauche, lorsque, quatorze jours après son entrée dans nos salles, ce jeune homme, dont la situation n'avait jusqu'alors paru en aucune façon changer, fut pris, le matin, d'une douleur poignante du côté gauche avec grande oppression, fièvre vive et un peu de souffle métallique.

Les accidents aigus, la douleur, du moins, se calmèrent le surlendemain, mais l'oppression persistait, ainsi que la fièvre; l'expectoration restait toujours à peu près nulle et insignifiante. Ce jour-là, nous pûmes examiner le malade plus facilement que son état d'anxiété et d'agitation ne nous avait permis de le faire la veille et le jour précédent. Nous constatâmes tous les signes d'un pneumothorax: dilatation exagérée de la poitrine; exagération de la sonorité en arrière, depuis l'angle du scapulum jusqu'en bas; absence des vibrations thoraciques du même côté. Dans la fosse sus-épineuse, souffle à timbre métallique, devenant tout à fait amphorique depuis la crête de l'omoplate jusqu'en bas du thorax; voix également amphorique. De plus, en appliquant l'oreille sur la paroi postérieure de la poitrine, du côté affecté, puis faisant percuter en avant, à l'aide d'un plessimètre métallique et d'un marteau ou d'une pièce de monnaie, on entendait un bruit analogue à celui que l'on produirait en percutant un tonneau vide, mieux encore un vase d'airain, phénomène indiqué, en passant, par Laennec, et sur lequel j'ai depuis longtemps appelé votre attention. Enfin, la pointe du cœur déplacé battait sous le mamelon droit.

L'existence du pneumothorax était un fait certain, mais nous n'avions pas les signes de l'existence d'un épanchement liquide.

Ces signes, nous les constatâmes seulement le 8 avril, c'est-à-dire seize jours après.

L'état général empirait d'ailleurs de jour en jour. A la fièvre persistante, à l'agitation excessive, aux transpirations, était venue s'ajouter, dès le 24 mars,

(1) Mémoire déjà cité, p. 611.

(2) Ibid., p. 611.

une diarrhée dysentérique qui augmentait encore la faiblesse. Cependant la toux était peu fréquente et l'expectoration toujours insignifiante quant à sa nature. Cinq jours plus tard, soit en faisant secouer le malade par un aide, soit qu'il se secouât lui-même, nous entendîmes manifestement la *fluctuation hippocratique*.

Ce nouveau diagnostic hydro-pneumothorax était donc bien nettement établi. Cependant nous pûmes voir, à notre grand étonnement, les symptômes généraux s'amender, malgré la persistance des symptômes locaux. Le 29 avril, cet état général était assez satisfaisant en apparence. Mais le 26 mai, la situation était de nouveau empirée. Bien que je songeasse à pratiquer la paracentèse, cette situation ne m'avait pas semblé jusque-là tellement désespérée, que je me visse dans l'absolue nécessité de recourir à ce moyen chirurgical. Si j'étais loin d'être rassuré sur l'issue de la maladie, je craignais d'accélérer la terminaison fatale en déterminant dans la cavité thoracique une inflammation plus violente que celle qui existait déjà; et bien que je fusse certain de n'être pas la cause de la mort dans le sens où nous l'entendons habituellement, j'avais peur cependant de la rendre plus prochaine.

Néanmoins, considérant que notre malade allait s'affaiblissant, que la fièvre, un instant tombée, était devenue incessante, je pensai qu'il était de mon devoir de tenter l'opération, qui, somme toute, quelque faibles que fussent les chances de succès, était le seul moyen auquel nous pussions nous adresser; je me décidai donc à la pratiquer.

Comme je croyais avoir affaire à un épanchement purulent, je n'avais point à me préoccuper de l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, qui d'ailleurs en contenait déjà puisqu'il y avait hydro-pneumothorax. Je procédai par conséquent suivant la méthode des anciens, c'est-à-dire par l'incision avec le bistouri. Après avoir plongé mon couteau entre la septième et la huitième côte, je vis jaillir le long de la lame une *sérosité* un peu louche, mais ne paraissant pas, à l'œil, contenir du pus. Notre étonnement fut grand, car je m'attendais à trouver un liquide purulent; je retirai mon bistouri pour introduire une sonde de gomme élastique, qui donna issue à 2 litres environ de cette sérosité; puis j'injectai 250 grammes d'une solution contenant 50 grammes de teinture d'iode et 5 grammes d'iodure de potassium; laissant enfin écouler une certaine quantité de liquide, je fermai la plaie à l'aide de larges bandes de diachylon, dont je fis une ceinture. Le seul accident auquel donna lieu cette opération, fut la formation d'un épanchement séreux, d'un véritable *thrombus* sous-cutané, occasionné par le mode opératoire que j'avais employé; une partie du liquide épanché dans la plèvre s'infiltra dans les téguments, et détermina ce thrombus assez volumineux, qui, quarante-huit heures après, avait disparu complètement par l'effet de la compression exercée par le bandage de corps. Le malade n'accusa pas de douleur dans l'intérieur de la poitrine, et les phénomènes de résorption iodée furent très-peu prononcés.

Dans le courant de la journée il y eut un frisson prononcé; mais, le soir, la

chaleur n'était pas fébrile, bien que le pouls battit 120, mesure qu'il conservait depuis le début du pneumothorax, et qui doit être attribuée à la gêne éprouvée par les battements du cœur déplacé fortement, ce que nous avions du reste remarqué dans tous les cas analogues.

L'état général devint meilleur, à tel point que, le 30 mai, ce jeune homme se levait et disait se trouver bien. Ses digestions étaient bonnes, ses garderobes régulières. Cependant l'auscultation et la percussion nous fournissaient les mêmes signes qu'avant l'opération.

Le 4 juin, la diarrhée revint, en même temps que la fièvre et le malaise; le 7, nous trouvions l'expectoration mucoso-purulente, peu abondante d'ailleurs. Le 22, la faiblesse était devenue de jour en jour plus grande; l'amaigrissement était considérable, et il y eut du délire. La faiblesse était telle, qu'à partir de ce jour nous ne pûmes plus examiner la poitrine, qui, je l'ai déjà dit, nous présentait, les jours précédents, les mêmes phénomènes qu'avant la ponction: dilatation, sonorité exagérée, souffle amphorique, tintement métallique, fluctuation hippocratique, résonnance amphorique de la voix, bruit d'airain ou de tonneau vide.

La fièvre hectique ne cessa plus dès lors, et le malade, réduit à un état de maigreur extrême, succomba, dans le délire, le 10 juillet à midi. Le matin nous avions trouvé dans le crachoir un crachat sanglant, noir, spumeux, aéré; l'expectoration n'avait d'ailleurs aucun autre caractère spécial, et n'avait pas changé de nature.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la cavité de la plèvre gauche tapissée d'une couche épaisse de fausses membranes, et remplie du haut en bas d'un pus blanc crémeux, sans fétidité. Le poumon, intimement adhérent à la colonne vertébrale et à la paroi costale antérieure, ne put être enlevé sans lacération, de telle sorte qu'il nous fut impossible de trouver l'orifice de communication qui devait exister entre les bronches et la cavité pleurale. Le tissu pulmonaire était criblé de tubercules à divers degrés, quelques-uns encore durs, la majeure partie ramollis. Il existait des cavernes nombreuses, mais petites.

La cavité de la plèvre droite renfermait environ un litre de sérosité purulente; le parenchyme pulmonaire était également criblé de petites excavations tuberculeuses.

Le cœur était refoulé à droite, en dehors du sternum, et le péricarde doublé extérieurement d'une couche épaisse de fausses membranes.

Messieurs, si malheureux qu'ait été dans ce cas le résultat final de la maladie, — et l'examen cadavérique nous en a donné surabondamment l'explication, — on ne saurait considérer la paracentèse de la poitrine comme cause de la mort, puisque celle-ci n'est arrivée que six semaines après, et que, loin d'avoir occasionné de nouveaux accidents, l'opération a paru avoir amélioré pour quelque temps la situation.

L'autre malade était couché au n° 12 de la même salle.

Cet homme, grand et de vigoureuse constitution en apparence, âgé de trente-cinq ans, arrivait du Berry, où dix-huit mois auparavant il avait eu la fièvre intermittente; puis, au mois de juillet 1856, il contracta une pleurésie qui, négligée d'abord, laissa après elle un épanchement considérable, occasionnant une oppression telle, qu'il ne pouvait ni parler, ni même boire sans être obligé de reprendre haleine à chaque instant. Deux mois après, le 31 septembre, il vit un médecin; la ponction de la poitrine fut jugée nécessaire; on la pratiqua en effet, et elle donna issue à plus d'un litre d'eau très-claire. Mais bientôt l'épanchement se reproduisit; une seconde ponction, faite le 25 janvier 1857, donna 2 litres et demi de sérosité aussi limpide que la première fois. A la suite de cette seconde opération, le malade se trouva bien pendant deux mois, puis son oppression le reprit. Au moindre exercice un peu forcé, lorsqu'il montait un escalier, lorsqu'il marchait un peu vite, il était bientôt hors d'haleine: il éprouvait constamment un malaise, une sensation pénible de poids dans la poitrine, augmentant, quand il se couchait sur le côté droit, au point de rendre cette position impossible.

Dès le début de son affection, il avait eu de la toux. Plus fréquente à certains jours, après chaque ponction, elle cessa pendant quelque temps; elle était accompagnée d'une expectoration assez abondante, mais purement aqueuse. A une certaine époque, et sous l'influence des Eaux-Bonnes qui avaient été conseillées, cette expectoration fut mêlée de quelques crachats sanglants, accident qui cessa de lui-même aussitôt que l'usage de l'eau minérale eut été suspendu.

Dès le début aussi de la maladie, il y avait eu une diarrhée dysentérique assez abondante, qui persista pendant quatre mois.

La gêne que lui causait son oppression, la faiblesse générale qui augmentait de jour en jour, engagèrent le malade à venir consulter à Paris, et il entra à l'Hôtel-Dieu le 9 avril.

Il s'offrait à nous dans d'assez bonnes conditions en apparence. A part la teinte bistre des téguments, qui rappelait celle des individus longtemps sujets à l'infection palustre, son état général paraissait satisfaisant.

En examinant sa poitrine, sur laquelle il appela tout d'abord notre attention, nous constatâmes les phénomènes suivants:

Du côté gauche, le thorax était notablement dilaté.

A droite, la percussion donnait partout une sonorité normale, excepté à deux travers de doigt en dedans du mamelon, où il y avait de la matité dans une étendue de 2 à 3 centimètres de haut en bas, et qui, limitée transversalement en dehors au niveau que nous avons indiqué, se confondait en dedans avec la matité du côté gauche. A droite encore, la respiration était puérile, exagérée, sans mélange de râles.

Du côté gauche, en avant, le corps étant couché dans la position horizontale, le son était clair, stomacal, depuis la clavicule jusqu'au niveau du mamelon; mais, à mesure que l'on faisait relever le tronc, la percussion donnait