

manifesté instantanément à la suite de violents efforts de toux ; en même temps cette femme s'était plaint d'une douleur atroce dans le côté droit. Elle respirait avec la plus grande difficulté, cherchant à réprimer le moindre effort de toux ; incapable de garder la position horizontale, elle était assise sur le bord de son lit, présentant une expression d'anxiété pénible à voir. Son visage cyanosé dénotait clairement une diminution considérable du champ de l'hématose ; aussi je soupçonnai de suite la possibilité d'un *pneumothorax*. En effet, l'examen de la poitrine décelait une immobilité presque complète du côté droit, une diminution notable des vibrations thoraciques, l'absence de murmure respiratoire et une exagération marquée de la sonorité dans toute l'étendue de la poitrine.

Vous vous rappelez, messieurs, que la veille de cet accident, nous avons annoncé un ramollissement tuberculeux du sommet du poumon droit et l'existence probable d'une petite caverne. Or, il arrive parfois que l'ulcération tuberculeuse s'attaque à la plèvre et détermine la perforation de cette membrane avant la production d'adhérences protectrices, et c'est ce qui a eu lieu évidemment dans le cas présent. Pendant les premières heures qui ont suivi l'accident, la dyspnée est devenue si intense et les symptômes d'asphyxie tellement menaçants que je crus pendant quelque temps devoir recourir à la thoracentèse pour sauver ma malade d'une mort imminente ; mais la cyanose du visage et des extrémités ayant diminué peu à peu, je n'ai pas voulu recourir à cet expédient qui n'aurait, du reste, procuré qu'un soulagement temporaire. La morphine ordonnée à la dose de $\frac{1}{4}$ gr., et répétée aussi souvent qu'il le fallait pour calmer la douleur, lui procura un soulagement considérable. Pendant les jours suivants, les signes physiques devinrent de plus en plus prononcés : la respiration, la toux, la voix prirent peu à peu un *timbre amphorique* tout-à-fait caractéristique, vous entendiez parfaitement le *tintement métallique*, et on peut dire que les divers râles dont l'air, emprisonné dans la cavité pleurale, renforçait le timbre, revêtaient ce caractère métallique. Vous avez pu également vous convaincre qu'en appliquant l'oreille à la région postérieure de la poitrine, pendant que l'on percutait en avant, la percussion prenait ce timbre d'airain, signalé par Trousseau. Nous n'avons pu pratiquer la *succussion hippocratique*, ni obtenir cette sorte de glou-glou ou bruit de flot, dû à l'agitation d'un liquide dans un milieu circonscrit et rempli d'air, cette femme se prêtant difficilement à ce genre d'examen. Après cinq semaines d'une lutte opiniâtre, elle a fini par succomber le 3 avril dernier, à la suite d'une asphyxie lente. L'autopsie vous a montré le poumon droit complètement refoulé vers la colonne vertébrale par une quantité considérable de gaz qui s'est dégagé avec bruit dès que nous avons ouvert la cavité thoracique. Nous avons retiré également deux chopines d'un liquide franchement citrin, bien que ce liquide ait été en contact avec de l'air provenant du dehors pendant plus de cinq semaines. La présence de ce liquide, conséquence de l'inflammation inévitable de la plèvre, avait été constatée, pendant la vie. Par une matité fort peu étendue et fort peu accusée, et en voici la raison : c'est que l'existence simultanée d'une grande quantité d'air dans la poitrine donne à la percussion une sonorité exagérée qui s'étend au loin, de la même manière que la distension de l'estomac ou du colon transverse par des gaz donne un son tympanique qui empiète sur les parties voi-