

## CHAPITRE III.

## PLEURÉSIES PARTIELLES.

Les inflammations circonscrites de la plèvre sont très-fréquentes. Le plus souvent elles ne donnent lieu à aucun mouvement fébrile, ne troublent en aucune manière l'ensemble des fonctions, et ne s'annoncent que par une douleur plus ou moins vive en un point limité des parois thoraciques; tantôt cette douleur est passagère, tantôt elle persiste pendant plusieurs jours. Il survient une légère exsudation albumineuse, qui, avec le temps, se transforme en tissu lamineux. De là, formation d'adhérences celluleuses, qui unissent d'une manière plus ou moins intime les plèvres costale et pulmonaire. On rencontre souvent ces adhérences chez des individus qui n'ont eu pendant la vie aucune affection grave de poitrine. On trouve aussi, mais plus rarement, de pareilles brides celluleuses unissant entre elles différentes portions peu étendues du péritoine, telles que le foie et le colon, ou deux anses d'intestin grêle, bien que les individus n'aient présenté pendant leur vie aucun symptôme qui ressemblât aux symptômes de la péritonite. Enfin, on observe aussi ces mêmes adhérences, et même plus fréquemment que dans le péritoine, entre diverses portions de l'arachnoïde, chez les individus qui n'ont présenté non plus aucun symptôme d'arachnitis. Les petits corps que l'on désigne ordinairement sous le nom de *glandes de Pacchioni*, ne sont très-vraisemblablement que des concrétions albumineuses, résultat de phlegmasie. Leur grande fré-

quence n'est pas une raison de les regarder comme appartenant à l'état sain; car on ne les rencontre pas plus souvent que les brides celluleuses de la plèvre, et personne ne s'avise plus aujourd'hui de considérer ces dernières comme des ligaments naturels, ainsi qu'on l'a fait autrefois. Que faut-il conclure de ces faits? c'est que l'inflammation des membranes séreuses, lorsqu'elle est très-peu étendue, peut naître, se développer, produire même des pseudo-membranes, sans que le travail pathologique soit annoncé par d'autre symptôme qu'une douleur plus ou moins vive; cette douleur elle-même peut manquer.

Ces phlegmasies partielles de la plèvre peuvent exister seules, ainsi que nous venons de le voir; mais elles surviennent bien plus fréquemment dans les cas d'affection du parenchyme pulmonaire; elles en sont même une complication à peu près constante. Ainsi la pleuro-pneumonie est une maladie beaucoup plus commune que la pneumonie seule. Ainsi, presque tous les phthisiques sont sujets à éprouver de temps en temps des douleurs dans divers points des parois thoraciques; ces douleurs ont uniquement leur siège dans la plèvre, et annoncent la phlegmasie d'un des points de cette membrane. Aussi, après la mort, trouve-t-on presque constamment les poumons des phthisiques unis aux côtes par des brides celluleuses plus ou moins multipliées; leur nombre est en général en raison directe de la quantité des tubercules, et elles existent surtout dans les points correspondants aux points où les tubercules sont les plus abondants. Chez un individu dont les poumons ne contenaient qu'un seul tubercule, situé presque immédiatement sous la plèvre, à la base du lobe supérieur du poumon droit, nous trouvâmes la plèvre libre d'adhérences, excepté dans le point correspondant à ce tubercule. Dans ce point existait une bride celluleuse mince, qui unissait les deux

lobes. Ces pleurésies partielles paraissent déjà tendre à se former, lorsque les tubercules sont encore crus et que le tissu pulmonaire qui les entoure est encore très-sain.

Quelques espèces de pleurésies partielles méritent de fixer notre attention d'une manière spéciale, à cause des symptômes particuliers auxquels elles donnent naissance. Telles sont surtout les pleurésies diaphragmatiques et interlobaires; tels sont encore les épanchements partiels qui se forment soit entre les côtes et le poumon, soit entre le poumon et le médiastin, soit enfin seulement vers le sommet du poumon. Nous allons citer quelques exemples de ces différentes espèces dans autant de paragraphes séparés.

---

**ARTICLE PREMIER.**

PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES.

§ 1<sup>er</sup>. PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES ISOLÉES.

**XVIII<sup>e</sup> OBSERVATION.**

Un ébéniste, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital de la Charité pendant le cours du mois d'avril 1822. Deux jours auparavant, il avait été pris, au milieu de son travail, d'un frisson léger que suivit bientôt une forte chaleur. Au milieu de celle-ci, une douleur déchirante se fit sentir dans l'hypochondre gauche, le long du rebord cartilagineux des côtes; en même temps oppression considérable. Le malade chercha vainement à dissiper cette douleur par des applications de linges

chauds et par l'ingestion dans l'estomac de deux petites tasses d'eau-de-vie fortement poivrée. La nuit, il ne dormit pas et fut dans un état d'agitation extrême; il eut trois fois le hoquet. Le lendemain, persistance de la douleur de l'hypochondre, augmentation de la dyspnée, toux fréquente. Nous vîmes pour la première fois le malade au commencement du troisième jour. Assis sur le séant, le tronc courbé en avant, la main continuellement appliquée sur l'hypochondre, qu'on ne pouvait légèrement presser sans arracher des cris, le malade prononçait à peine quelques mots d'une voix entrecoupée et haletante; les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive; les inspirations, courtes et rapprochées, ne s'exécutaient que par l'élévation des côtes; la toux était fréquente, comme avortée; l'expectoration nulle; la percussion et l'auscultation n'apprenaient rien; le pouls était très-fréquent et dur, la peau brûlante et sèche. L'intelligence avait conservé sa netteté; les fonctions digestives ne paraissaient point altérées.

Nous soupçonnâmes l'existence d'une pleurésie diaphragmatique; une saignée de douze onces fut prescrite, ainsi que l'application de vingt sangsues le long du rebord cartilagineux des fausses côtes gauches. Dans la journée, la douleur diminua un peu; mais le soir elle reparut avec une nouvelle intensité, et la nuit le malade délira. Dans la matinée du quatrième jour, l'intelligence avait repris sa netteté; mais la douleur et l'orthopnée persistaient; la respiration et la toux présentaient les mêmes caractères. Le pouls n'avait rien perdu de sa fréquence ni de sa dureté; les muscles de la face présentaient de temps en temps quelques mouvements convulsifs. (*Nouvelle saignée de douze onces; réapplication de vingt sangsues sur l'endroit douloureux; boissons émollientes.*) Rémission dans la journée; exacerbation le soir et délire dans

la nuit. (*Sinapismes aux jambes.*) Le cinquième jour, persistance des mêmes symptômes, et, de plus, nausées continues. (*Vésicatoire à la cuisse.*) Le sixième jour, altération profonde des traits, décubitus sur le dos, voix éteinte, hoquet et nausées de temps en temps. (*Vésicatoire à la partie latérale inférieure gauche du thorax.*) — Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les deux portions de plèvre qui tapissent la base du poumon gauche et la face supérieure du diaphragme de ce même côté étaient fortement injectées et couvertes d'exsudations albumineuses qui s'étendaient de l'une à l'autre. Les autres parties de la plèvre étaient très-saines ainsi que les poumons; rien de remarquable dans le cœur non plus que dans le péricarde, qui contenait un peu de sérosité citrine. Le diaphragme ne présentait dans sa texture aucune altération appréciable; organes du crâne et de l'abdomen sains.

Les symptômes de l'inflammation de la plèvre diaphragmatique sont d'autant plus tranchés dans cette observation, qu'aucune autre maladie ne l'a compliquée. Ici, la mort survint, comme dans les péritonites, sans qu'aucun des organes essentiels au maintien de la vie fût matériellement lésé. L'inflammation partielle d'une membrane séreuse suffit pour déterminer les plus graves symptômes, par le trouble sympathique qu'elle excita dans le système nerveux.

XIX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Pleurésie diaphragmatique droite; douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Vomissements bilieux; ictère.

Un tailleur, âgé de trente-un ans, avait eu déjà, depuis deux ans, plusieurs hémoptysies; il avait habituellement une petite toux sèche avec légère dyspnée, lorsque, le 5 octobre 1821, après avoir été mouillé par la pluie, il ressentit vers l'appendice xyphoïde une assez vive douleur qui l'obligeait à se tenir courbé et gênait sa respiration. Il appliqua douze sangsues sur cet endroit; la douleur disparut: le lendemain elle se fit encore ressentir par intervalles. Le surlendemain, 7 octobre, il fut réveillé, vers trois heures du matin, par une douleur violente qui, cette fois, avait son siège le long du rebord cartilagineux des côtes droites, et s'étendait même dans tout l'hypochondre et jusque dans le flanc du même côté. En même temps, malaise inexprimable; besoin continuel de tousser, sans oser le satisfaire, de peur d'exaspérer la douleur; deux ou trois vomissements dans la journée. Entrée le soir à la Charité. Dans la matinée du 8, le malade présente l'état suivant: Face pâle, exprimant une vive anxiété; respiration courte, ne s'exécutant que par le mouvement des côtes; petite toux continue; douleur dans l'endroit indiqué, s'exaspérant par la pression. En pressant légèrement l'épigastre, on excite des nausées et un hoquet qui cesse bientôt, mais qu'une nouvelle pression reproduit. Décubitus sur le dos; le malade se refusé à toute espèce de mouvement, de sorte qu'on ne peut le percuter et l'ausculter que très-imparfaitement; fièvre intense, langue naturelle. (*Application de trente sangsues sur l'hyp-*

*pochondre droit.*) Le 9 octobre, la douleur s'est de nouveau étendue à l'épigastre; le malade, pour se soulager, se tient presque continuellement sur le séant, le thorax incliné sur l'abdomen. Percutée, la poitrine résonne bien partout; auscultée, la respiration s'entend partout, faible, mais nette. (*Saignée de huit onces; douze sangsues à l'épigastre.*) Dans la journée, disparition de la douleur épigastrique, persistance de celle de l'hypochondre, respiration un peu plus libre après la saignée. Sixième jour, légère teinte ictérique de toute la surface de la peau, conjonctives très-jaunes; même état d'ailleurs. Septième jour, douleur presque nulle, respiration plus facile, toux rare, sèche; décubitus sur le dos. Dans la soirée, réapparition brusque de la douleur de l'hypochondre droit, et avec elle de tous les autres accidents. Vomissements de bile porracée dans la nuit, à la suite desquels la douleur est tellement vive, que le malade perd momentanément connaissance. Le lendemain matin, huitième jour, face grippée, lèvres rétractées et agitées de mouvements convulsifs; orthopnée. Le malade, assis, ne veut ni parler ni exécuter le mouvement le plus léger, tant il redoute d'exaspérer sa douleur; le pouls est fréquent et concentré, la peau peu chaude; la couleur jaune de la peau et des conjonctives est très-prononcée. (*Saignée de huit onces; cataplasmes émollients et narcotiques sur l'épigastre et l'hypochondre droit.*) Dans la journée l'intelligence se trouble, vociférations. Neuvième jour, la douleur ne se fait plus sentir que par la toux et les efforts; mais la respiration est très-gênée, la fréquence du pouls persiste. L'auscultation et la percussion ne donnent aucun nouveau renseignement; persistance de l'ictère. Dixième jour, la respiration s'entend sensiblement moins à droite qu'à gauche, où elle est devenue *puérile*. La dyspnée est considérable, la douleur de l'hypochondre très-obtuse; le malade se plaint d'a-

voir fréquemment envie de vomir; la langue conserve son aspect naturel. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Onzième et douzième jour, même état. Le côté droit du thorax se dilate sensiblement moins que le gauche. Treizième jour, hoquet de plusieurs heures, pendant la durée duquel la douleur de l'hypochondre et de l'épigastre se renouvelle. L'ictère ne diminue pas. Quatorzième et quinzième jour, la dyspnée devient de plus en plus grande; le pouls redevient très-fréquent, les traits de la face s'altèrent; la respiration ne s'entend que très-faiblement à droite; la sonorité de la poitrine n'est pas sensiblement diminuée de ce côté; les dernières côtes asternales droites paraissent être un peu déjetées; le foie se sent pour la première fois dans l'hypochondre. (*Vésicatoire sur le côté droit du thorax.*) Seizième, dix-septième et dix-huitième jour, le bord tranchant du foie se sent presque au niveau de l'ombilic. L'oppression est extrême; des nausées, des hoquets fréquents, quelques vomissements tourmentent le malade. Le dix-neuvième jour il est pris de délire; le vingtième il tombe dans un état comateux, et succombe le vingt-unième.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

La base du poumon droit était séparée du diaphragme par un épanchement séro-purulent que circonscrivaient de toutes parts des corréctions membraniformes qui s'étendaient du diaphragme au poumon: cet épanchement avait à la fois refoulé et le poumon droit et le foie. Autres parties de la plèvre saines, poumons remplis de granulations miliaires, qu'entoure un tissu crépitant, mais engoué en arrière; cœur et péricarde dans leur état ordinaire. Viscères abdominaux sains. Forte injection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux; sérosité lactescente dans les ventricules latéraux.

Chez cet individu, nous retrouvons d'abord à peu près les mêmes symptômes que chez le sujet de la première observation; il présente, de plus, un ictère très-prononcé, résultat probable de l'irritation transmise, par contiguité de tissu, de la plèvre diaphragmatique au foie. Cependant les symptômes de l'affection aiguë se calment, et alors apparaissent de nouveaux phénomènes qui annoncent le passage de la maladie à l'état chronique. La diminution d'intensité de la respiration à droite, coïncidant avec la persistance du son du même côté, aurait pu faire croire à l'existence d'un emphysème du poumon; mais ce n'était, ainsi que la descente du foie dans l'hypochondre, que le résultat mécanique de l'épanchement circonscrit dont la plèvre diaphragmatique droite était le siège. Bien que, dans ce cas, la gêne considérable de la respiration et la grande fréquence du pouls rendissent le pronostic très-défavorable, le malade aurait pu encore trainer pendant quelque temps son existence; sa guérison même ne devait pas être regardée comme impossible, lorsqu'une arachnitis sur-aiguë l'entraîna rapidement au tombeau. Est-il besoin de dire que les granulations miliaires trouvées dans les deux poumons rendent suffisamment raison des hémoptysies, de la toux habituelle, et de la dyspnée légère que le malade éprouvait depuis long-temps?

Sous le rapport de l'abaissement du foie, dû à l'épanchement pleurétique, ce cas peut être rapproché d'une observation rapportée par Stoll. Un individu, dit-il, atteint d'une pleuro-pneumonie, ressentit, le dix-neuvième jour, une douleur très-aiguë dans l'hypochondre gauche; les signes d'un empyème se manifestèrent, et bientôt la rate vint faire saillie dans le flanc gauche. A l'ouverture du cadavre, on trouva plus de douze livres de pus dans le côté gauche du thorax. Le diaphragme, abaissé par ce liquide, faisait saillie dans l'abdomen

et avait poussé la rate devant lui; de sorte, dit Stoll, que la douleur, que l'on avait cru appartenir à un organe du ventre, avait son siège dans la poitrine.

XX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Pleurésie diaphragmatique, avec perforation du diaphragme.

Un maçon, âgé de trente-sept ans, entra à l'hôpital de la Charité le 8 mai 1822; il présentait alors tous les symptômes de la phthisie pulmonaire au deuxième degré. Pendant le cours du mois de mai, il n'offrit rien de remarquable. Vers le commencement de juin, il éprouva à plusieurs reprises des points de côté que quelques applications de sangsues firent disparaître. Le 11 juin, au milieu du redoublement fébrile du soir, il fut pris d'une vive douleur au niveau des dernières fausses côtes gauches; cette douleur persistait le lendemain matin; la respiration était courte, accélérée, entièrement costale; une hémoptysie très-abondante survint en même temps. (*Saignées générale et locale; révulsifs aux extrémités inférieures.*) Le crachement de sang s'arrêta, la douleur diminua, mais ne cessa pas. Vers le 20 juin, elle s'étendit à l'hypochondre gauche et jusqu'au flanc de ce côté. A dater de cette dernière époque, le dépérissement fut très-rapide; de vastes cavernes se creusèrent dans le parenchyme pulmonaire, où la pectoriloquie et le râle muqueux les annoncèrent. Le malade succomba le 18 juillet. A dater du commencement de ce dernier mois, la douleur de l'hypochondre et du flanc gauche ne se faisait plus sentir que par la pression, les mouvements brusques, les grandes inspirations, ou dans les quintes de toux. La respiration, beaucoup plus gênée que chez la plupart des

phthisiques, s'exécuta constamment par le seul mouvement des côtes.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Vastes excavations tuberculeuses dans les deux poumons; adhérences cellulaires des plèvres costale et pulmonaire dans un grand nombre de points; état sain de la plèvre diaphragmatique droite et de la plèvre pulmonaire correspondante. A gauche, au contraire, la base du poumon adhérait assez solidement au diaphragme. A peine eûmes-nous détruit les adhérences membraniformes qui maintenaient ces parties réunies, que nous observâmes un vaste foyer purulent qui existait à la fois et dans la poitrine et dans l'abdomen. Là, le diaphragme présentait une perforation d'un pouce et demi de diamètre environ, à travers laquelle le pus, qui, très-vraisemblablement, s'était d'abord formé dans la plèvre, avait passé pour pénétrer dans l'abdomen. Les bords de la perforation étaient lisses et mousses, comme si elle existait déjà depuis un certain temps. Le pus qui avait pénétré dans la cavité abdominale semblait avoir repoussé au-devant de lui le péritoine. Logé entre la rate et les parois de l'abdomen, il était limité de toutes parts par des brides celluleuses étroitement unies qui lui formaient une sorte de poche. La surface interne de celle-ci, ainsi que les bords de l'ouverture du diaphragme, était tapissée par une pseudo-membrane assez épaisse, comme villeuse, et qui, plongée dans l'eau, paraissait hérissée de nombreux filaments, telle, en un mot, qu'on en trouve souvent à la surface interne des abcès. Autour de la perforation le tissu du diaphragme ne paraissait être nullement altéré. Rien de remarquable ne fut trouvé dans les autres organes du thorax, de l'abdomen et du crâne.

Les symptômes qui accompagnèrent ici la pleurésie diaphragmatique furent moins multipliés, moins alarmants que dans les deux premiers cas : la douleur seule en annonça l'invasion. Son extension dans l'hypochondre et dans le flanc marqua vraisemblablement le moment où le diaphragme perforé permit au pus de s'épancher dans l'abdomen. Nous ne chercherons point d'ailleurs à expliquer la cause et le mécanisme de la perforation du diaphragme; nous ne déterminerons point si ce muscle fut d'abord enflammé et ramolli, et si la solution de continuité eut lieu, soit par les simples progrès de son ramollissement, comme cela arrive dans le tissu de la cornée transparente, soit par la pression toute mécanique du pus sur les fibres musculaires préliminairement ramollies; on pourrait admettre, dans ce cas, une *pleuro-diaphragmite*. Mais, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'autour de la perforation le tissu musculaire était parfaitement sain; de sorte que, sous ce point de vue, ce cas peut être rapproché des perforations dites spontanées du canal intestinal, dans lesquelles on trouve souvent aussi, exempt de toute lésion, le tissu qui environne la perforation. Observons enfin que, dans ce cas, où il y avait véritablement affection du diaphragme, l'on ne remarqua point le rire sardonique, donné depuis bien longtemps comme l'un des signes les plus caractéristiques de l'inflammation de ce muscle.

Nous avons observé plusieurs phthisiques qui se sont plaints, à diverses périodes de leur maladie, d'une douleur qui avait son siège, soit le long du rebord cartilagineux des côtes, soit dans l'un ou dans l'autre hypochondre. Ces douleurs, généralement peu vives, passagères, et que n'accompagnait aucun autre symptôme grave, nous ont paru pouvoir être rapportées à des phlegmasies partielles ou peu intenses de la plèvre diaphragmatique, et, chez plusieurs de ceux qui ont succombé,

nous en avons effectivement constaté l'existence ; chez d'autres, à la vérité, nous n'en avons trouvé aucune trace. D'autres, enfin, nous ont offert des adhérences plus ou moins étendues du poumon et du diaphragme, bien que, pendant leur vie, ils n'eussent accusé aucune douleur, ils n'eussent offert aucun signe qui eût pu nous les faire soupçonner. Nous reviendrons plus bas sur ces importantes anomalies.

§ II. PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES COEXISTANT AVEC UNE PLEURÉSIE COSTO-PULMONAIRE.

Elles sont plus fréquentes que les précédentes ; leur diagnostic est souvent plus difficile, et leur pronostic nécessairement plus fâcheux.

XXI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Épanchement pleurétique latent. Tout-à-coup signes de pleurésie diaphragmatique, et mort.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, entra à la Charité le 18 janvier 1822. Depuis trois semaines, il éprouve des douleurs vagues dans le côté gauche du thorax, avec toux sèche ou accompagnée de quelques crachats muqueux. Cependant il n'a interrompu ses occupations que depuis trois jours ; depuis ce temps, respiration gênée, fièvre (*application de dix sangsues sur la poitrine.*) Dans la matinée du 19 janvier, il présenta l'état suivant : la douleur ne se fait plus sentir très-légèrement que lorsque le malade se couche sur le côté gauche, lorsqu'on presse sur ce côté ou lorsqu'on percute. Son mat postérieurement dans les trois quarts inférieurs du côté gau-

che. Dans cette même partie, la voix, auscultée, fait entendre une sorte de chevrottement, ou plutôt un son analogue à celui de la voix de polichinelle. Ce son particulier devient surtout très-sensible dans la prononciation de certains mots, tels que le mot *oui* (égophonie). Là aussi le bruit ordinaire de la respiration ne s'entend pas ; mais à chaque mouvement inspiratoire on entend un bruit particulier, une sorte de souffle, qui annonce que l'air ne pénètre pas au-delà des gros tuyaux bronchiques. L'existence d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche paraît évidente. Cependant la respiration est à peine gênée, la fréquence du pouls est très-légère ; la peau a conservé sa température ordinaire ; le décubitus est à peu près indifférent. Le malade tousse peu et n'expectore que quelques crachats muqueux. (*Saignée de quatre palettes, deux vésicatoires aux jambes.*) Le 20, même état. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*) Le 21, son de plus en plus mat à gauche ; persistance de l'égophonie. Les mouvements inspiratoires, plus courts et plus fréquents, s'exécutent surtout par l'abaissement du diaphragme. Du 21 janvier au 3 février, l'état visible du malade ne subit pas de changement notable. Il était sans fièvre : habituellement couché sur le dos, il pouvait cependant se placer sans gêne sur les deux côtés ; il toussait à peine, assurait ne sentir sa respiration nullement gênée. La parole était ferme, les mouvements libres ; la face tout-à-fait naturelle, l'appétit excellent ; enfin, l'on eût pu croire que ce malade avait entièrement recouvré sa santé, si la percussion et l'auscultation n'eussent indiqué le contraire. Tel était l'état très-satisfaisant du malade, lorsque, le 3 février, à onze heures du matin, il fut pris d'une vive douleur qui, ayant son siège principal dans l'hypochondre gauche, s'étendait de là d'une part à l'épigastre, et d'autre part jusque dans le flanc gauche, non loin de la crête iliaque. Dans la journée, oppression considé-