

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^e 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-

nable, fièvre intense. (*Sinapismes aux jambes*). Dans la matinée du 4, traits de la face tirés, exprimant l'anxiété la plus vive; pouls fréquent et d'une petitesse remarquable; peau sans chaleur; mouvements inspiratoires courts et très-rapprochés, parole haletante, pression de l'hypocondre gauche douloureuse. La respiration ne s'exécutait plus que par le mouvement des côtes droites. M. Lerminier annonça l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. (*Trente sangsues sur le côté gauche.*) Le 4, le malade était assis sur son séant, le tronc fortement incliné en avant: il disait qu'il étouffait. D'ailleurs, mêmes symptômes. Les trois jours suivants, diminution progressive de la douleur de l'hypocondre; décubitus constant sur le côté gauche, impossible sur le dos ou à droite sans menace de suffocation. Son très-mat dans toute l'étendue de ce même côté en avant et en arrière; persistance de l'égophonie; diarrhée abondante. (*Large vésicatoire à l'épigastre; eau de riz gommée.*) Le 8, altération profonde des traits de la face; la respiration continue à ne s'exécuter que par le mouvement des côtes droites. Pouls toujours fréquent et très-petit. Le 9, apparition d'une sueur abondante, diminution de la diarrhée. Même état du côté de la poitrine. Pendant les trois jours suivants il n'y eut de remarquable que les alternatives de sueurs ou de diarrhée. Le côté gauche du thorax, mesuré le 12, fut trouvé plus large que l'autre de huit à neuf lignes. Le 14, à huit heures du matin, la décomposition des traits, la gêne extrême de la respiration, l'affaiblissement profond semblaient annoncer une mort prochaine. L'on entendit encore distinctement l'égophonie. A neuf heures, sueur générale, respiration râlante. Mort à onze heures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une énorme quantité d'un liquide purulent, verdâtre, rem-

plissait la plèvre gauche. Les plèvres costale, pulmonaire et diaphragmatique de ce côté, étaient recouvertes par des fausses membranes blanches, rugueuses à leur surface, épaisses sur le poumon, minces ailleurs. Le poumon, refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale, était à peu près vide d'air. Les gros tuyaux bronchiques étaient rouges, les petits blancs. Le diaphragme, poussé en bas, dépassait le rebord des fausses côtes et avaient repoussé la rate dans le flanc gauche. Le cœur, porté à droite par l'épanchement, avait pris derrière le sternum une direction verticale; aussi pendant les derniers temps de la vie, les battements du cœur n'étaient-ils plus percevables à la région précordiale; mais on les entendait avec force à la partie inférieure du sternum et dans le côté droit en avant; le cœur était d'ailleurs sain. Le péricarde contenait un peu de sérosité citrine. Injection veineuse de l'estomac et de l'intestin grêle; plaques rouges de la muqueuse dans le gros intestin.

—

Chez ce malade, la pleurésie ne s'annonça par des symptômes graves que lorsque l'inflammation se fut propagée à la plèvre diaphragmatique; nous retrouvons encore ici les mêmes symptômes que dans les observations précédentes. L'on a dû surtout remarquer le changement brusque du mode de respiration, qui cessa d'être abdominale aussitôt que la plèvre diaphragmatique s'enflamma. L'on a dû aussi être frappé du siège de la douleur, qui se fit sentir plus bas que dans aucune des autres observations. Si nous ne craignons de dépasser les limites de notre sujet, nous pourrions encore faire ressortir d'autres circonstances importantes de cette observation, telles que le début insidieux de la maladie, l'absence de tout symptôme alarmant, alors que l'épanchement était plus considérable, l'existence de l'égophonie dans un cas où le liquide

épanché était tellement abondant qu'il avait forcé les parois thoraciques à s'agrandir, déjeté le cœur à droite, refoulé en bas le diaphragme, etc.

XXII. OBSERVATION.

Pleurésie diaphragmatique survenue pendant le cours d'une phthisie pulmonaire.

Un charron, âgé de vingt-six ans, avait déjà éprouvé plusieurs hémoptysies, lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours du mois de décembre 1821. Il était alors maigre et faible. La respiration, courte, s'exécutait par le double mouvement des côtes et du diaphragme. L'on entendait du râle crépitant dans la partie postérieure gauche du thorax. Les crachats étaient abondants, formés par une sérosité trouble, au milieu de laquelle étaient suspendus de nombreux flocons. Des sueurs copieuses avaient lieu chaque nuit. Diagnostic : tubercules pulmonaires commençant à se ramollir; engouement inflammatoire du poumon autour de plusieurs. (*Application de sangsues sur le côté gauche.*) Rien de nouveau pendant le reste de décembre. — Vers le commencement du mois de janvier, dérangement des fonctions digestives, nausées, vomissement des tisanes. Ces symptômes cèdent à une application de sangsues sur l'épigastre. Progrès de la dégénération tuberculeuse des poumons, caverne évidente dans le poumon gauche à la fin de janvier. Le 11 février, apparition d'une vive douleur le long du rebord cartilagineux de fausses côtes gauches et dans l'hypochondre du même côté. Le 12, cette douleur persistait; l'anxiété était extrême; la face, grippée, offrait dans ses muscles de fréquents mouvements convulsifs. Le ma-

lade était assis dans son lit, le corps penché en avant; il avait passé la nuit dans cette pénible position. Le pouls, assez développé jusqu'alors, était devenu très-petit. L'invasion d'une pleurésie diaphragmatique ne nous parut point douteuse. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*) Le 13, même état; le son n'était pas plus mat, l'auscultation ne fournissait pas de nouveaux renseignements. Le 13, le malade restait toujours assis dans son lit; la douleur devenait atroce dès qu'il essayait de se coucher. Le 15 et le 16, le décubitus horizontal devint possible; la respiration était un peu moins gênée; mais la *matité* du son, l'absence de la respiration, le chevrottement de la voix, annonçaient la formation d'un épanchement dans le côté gauche. A dater du 17, le malade reste constamment couché sur le côté gauche; il ne pouvait pas s'écarter un peu de cette position sans être menacé de suffocation. Jusqu'au 23, diminution des forces, décomposition des traits, gêne de plus en plus grande de la respiration. — Mort le 23 février.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un litre de sérosité trouble était épanché dans la plèvre gauche; des fausses membranes blanches, molles, n'offrant aucune trace d'organisation, tapissaient la plèvre diaphragmatique de ce côté, très-rouge au-dessous d'elles. De pareilles concrétions albumineuses s'étendaient, sous forme de brides, de la plèvre pulmonaire vers la costale, mais seulement dans le voisinage du diaphragme; plus haut, l'on n'en trouvait plus aucune trace. Tubercules crus et ramollis, cavernes dans les poumons; ramollissement grisâtre de la muqueuse gastrique dans le cul-de-sac.

—
Ici l'inflammation débuta par la plèvre diaphragmatique; les signes qui l'annoncèrent furent on ne peut plus tranchés,

puis ils disparurent, et l'on n'observa plus que les signes ordinaires de la pleurésie, à mesure que l'épanchement se forma et qu'il s'étendit entre le poumon et les côtes. (Voyez un autre exemple de pleurésie diaphragmatique, obs. XLII de la section consacrée, dans le volume précédent, à l'histoire de la pneumonie.)

Après avoir tracé avec détail, dans les observations précédentes, les symptômes qui ont annoncé d'une manière plus ou moins certaine l'inflammation de la plèvre diaphragmatique, essayons de les faire ressortir dans un court résumé. Parmi ces symptômes, les uns se sont présentés dans tous les cas soumis à notre observation; d'autres ont été beaucoup moins constants; quelques-uns, enfin, regardés par Boerhaave comme caractéristiques de la paraphrénésie, n'ont été rencontrés par nous dans aucun cas. Dans le premier groupe de symptômes nous plaçons 1° une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'étendant le plus souvent dans les hypochondres, et quelquefois jusque dans le flanc. Cette douleur augmente par la pression, par l'inspiration, par le mouvement, et dans tous les efforts; dans un seul cas, elle a commencé par se faire sentir à l'appendice xyphoïde; 2° l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration. Ce phénomène fut surtout très-tranché chez plusieurs des malades qui font le sujet des observations précédentes: chez eux, tant que la plèvre costo-pulmonaire fut seule affectée, la respiration fut abdominale; mais à peine la douleur de l'hypochondre avait-elle annoncé l'extension de la phlegmasie à la plèvre diaphragmatique, que les parois abdominales ne se soulevaient plus, et que l'inspiration ne se produisait plus que par le mouvement d'élévation des côtes; 3° une anxiété fort remarquable, exprimée surtout par l'altération subite des

traits; 4° une orthopnée presque constante avec inclinaison du tronc en avant. Ce symptôme, qui manque cependant quelquefois, nous paraît être l'un des plus caractéristiques; les malades qui sont dans cette situation redoutent le moindre mouvement, comme propre à réveiller d'atroces douleurs. Lorsque l'on trouve réunis chez un malade, soit les différents symptômes que nous venons d'indiquer, soit seulement les deux premiers, on doit être porté à soupçonner l'existence d'une pleurésie diaphragmatique, et dans plusieurs de nos observations nous avons vu qu'elle avait été annoncée avec certitude.

D'autres symptômes, avons-nous dit, sont beaucoup moins constants. Tels sont le hoquet, résultat de l'irritation sympathique du diaphragme, les nausées, les vomissements. Nous avons observé ces derniers symptômes chez des individus dont l'estomac fut trouvé parfaitement sain. Tels sont encore les mouvements convulsifs des muscles de la face, et spécialement de ceux des lèvres; le délire survenant d'une manière continue ou intermittente. Enfin, lorsque la plèvre diaphragmatique du côté droit est le siège de l'inflammation, le foie peut s'irriter sympathiquement, et un ictère se manifeste. La coexistence de cet ictère avec une douleur plus ou moins vive de l'hypochondre droit peut faire croire à l'existence d'une hépatite. Une pareille erreur paraît avoir été commise par Morgagni, dans un cas de pleuro-pneumonie où la douleur n'avait existé que vers l'appendice xyphoïde. Il dit à ce sujet, en avouant son erreur: *Ad eò in medicinâ facile est per ea ipsa interdum decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones!* (Epist. 20, par. 31.)

Quant au rire sardonique, noté par Boerhaave, Van Swieten, De Haen, etc., nous ne l'avons jamais observé, nous ne l'avons même pas remarqué dans le cas de perforation du diaphragme, dont l'observation xx offre un exemple.

Quelle que soit l'importance respective des différents signes que nous venons de passer en revue, n'oublions pas que la plupart de ces phénomènes peuvent être aussi produits quelquefois par l'inflammation d'un ou plusieurs des nombreux organes qui sont logés dans la partie supérieure de l'abdomen; notre seul but a été d'établir qu'ils peuvent souvent dépendre d'une pleurésie diaphragmatique. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que cette espèce de pleurésie peut exister sans être annoncée par aucun symptôme caractéristique, de même qu'il existe des arachnitis sans délire, des pneumonies sans dyspnée, des péritonites sans douleur.

ARTICLE II.

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES.

XXIII^e OBSERVATION.

Signes rationnels de phthisie pulmonaire. Aucun renseignement par la percussion et l'auscultation. Épanchement de pus entre les deux lobes du poumon gauche. Quelques tubercules miliaires dans ce même poumon.

Un serrurier, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 16 février 1822. Il nous raconta que depuis quatre à cinq mois il toussait, qu'il avait la respiration courte. Jamais il n'avait craché de sang. Lorsqu'il fut soumis à notre examen il était déjà dans le marasme. La toux était rare, l'expectoration catarrhale, les mouvements inspiratoires courts et rapprochés; le malade n'avait jamais ressenti aucune douleur thoracique. La poitrine, percutee, résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit d'expansion pulmonaire fort

et net; il y avait habituellement un peu de fièvre, marquée par la présence du pouls, et un peu de chaleur à la peau, sans qu'il y eût jamais de sueur. Les fonctions digestives étaient à peu près intactes. Nous regardâmes cet individu comme atteint de bronchite chronique et peut-être de tubercules pulmonaires encore crus, avec tissu pulmonaire sain autour d'eux.

Les jours suivants, on entendit en différents points différentes variétés du râle bronchique (sibilant ou muqueux, se confondant souvent avec le crépitant). D'ailleurs même état.

Cependant les forces du malade diminuèrent progressivement; le marasme augmenta; l'appétit se perdit; une abondante diarrhée s'établit, et le malade succomba un mois environ après son entrée à l'hôpital. Jusqu'au dernier moment les signes fournis par la percussion et l'auscultation restèrent les mêmes.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le poumon gauche, étant mis à découvert, ne présenta d'abord rien de notable. Des adhérences unissaient les deux lobes, et semblaient avoir fait disparaître la scissure interlobaire; mais celle-ci n'avait cessé réellement d'exister que dans l'étendue de quelques lignes, et à peine eut-on rompu les adhérences qui existaient dans ce court espace, qu'on découvrit le reste de la scissure considérablement agrandi et occupé par un liquide purulent en quantité suffisante pour remplir un verre ordinaire; ce liquide était renfermé dans une poche dont les parois, formées en haut et en bas par le tissu pulmonaire, étaient complétées par de fausses membranes épaisses qui s'étendaient d'un lobe à l'autre; le reste de la plèvre de ce côté était exempt de toute trace d'inflammation. Le parenchyme pulmonaire contenait une douzaine de tubercules presque miliaires; il était d'ailleurs sain. Le poumon et la plèvre