

congénère, conformément du reste aux lois connues de la physiologie pathologique (1).

Si l'on examine quel est l'état du poumon dans ces rétrécissements de la poitrine, on trouve que l'organe adhère aux côtes à l'aide d'un tissu fibro-cartilagineux très-résistant; son tissu est flasque, rougeâtre, presque semblable à de la chair musculaire. Cette organisation, dans laquelle l'état cellulaire du poumon est devenu moins évident, explique, plus encore que les fausses membranes qui doublent la plèvre, la faiblesse du bruit respiratoire.

On a discuté pour savoir suivant quel mécanisme la poitrine se rétrécissait à la suite des épanchements pleurétiques. Delpech admettait que les fausses membranes, subissant la transformation fibreuse, acquéraient la faculté de rétraction dont le tissu inodulaire est doué, et tendaient ainsi à ramener les parois de la poitrine sur le poumon; mais cette théorie, parfaitement réfutée par M. Oulmont dans sa thèse, n'est pas en effet acceptable. La fausse membrane pleurale diffère d'ailleurs beaucoup du tissu des cicatrices ordinaires, et rien ne prouve sa propriété rétractile. Pour opérer cette rétraction, comme il faut un point d'appui, et qu'il ne saurait être autre part, d'après Delpech, que sur les côtes, sur le sternum et sur le rachis, il s'ensuit que le poumon, d'après ce mécanisme, devrait être plutôt attiré que refoulé. Nous croyons préférablement que la dépression thoracique dont nous venons de parler tient à la perte d'élasticité du poumon qui, affaîssi, cesse de pouvoir maintenir la poitrine dilatée.

Au lieu d'être résorbé, le liquide épanché peut se faire jour à l'extérieur. Ainsi nous avons déjà vu que l'épanchement pouvait être évacué par les bronches à la suite d'une perforation du parenchyme pulmonaire, soit qu'il y ait usure, ulcération de la plèvre de dehors en dedans, soit que cette perforation s'opère de dedans en dehors, après le ramollissement d'un tubercule ou l'abcédation d'un noyau de pneumonie. Plus rarement le liquide s'écoule à travers les parois thoraciques, à la suite d'un abcès formé dans leur épaisseur. Celui-ci offre ceci de remarquable, qu'au moment où il s'ouvre au dehors, il laisse échapper une quantité de pus qui est disproportionnée avec son volume. Lorsque l'épanchement a pris cette direction, l'écoulement du liquide est provoqué, et quelquefois même il n'a lieu que dans l'expiration ou pendant les secousses de la toux. Ces deux modes d'évacuation par les bronches ou à travers les parois thoraciques qu'on a parfois observés simultanément chez le même individu, ont presque toujours été suivis d'une issue funeste lorsque la pleurésie était générale, tandis que la guérison survient communément dans les cas où la phlegmasie pleurale n'est que partielle (2). Lorsque l'épanchement se termine comme il vient d'être dit, on observe le même rétrécissement du thorax que lorsque la guérison s'opère par résorption du liquide.

On conçoit que si la pleurésie se termine par des adhérences générales des

(1) *Pathologie générale*, 4^e édition, p. 433.

(2) Dans l'année 1860, j'ai vu guérir à l'Hôtel-Dieu un individu âgé de dix-neuf ans, entré le 27 février, atteint d'une pleurésie diaphragmatique droite, et chez lequel l'épanchement se fit jour après un mois dans les bronches, et un peu plus tard dans la région lombaire. Le pus qui s'échappait par les deux voies était identique et des plus infects. Une fièvre continue, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, avaient fait redouter une issue prochainement funeste. Mais, dans le courant du mois de mai, les symptômes s'amendèrent. Au 30 juillet, le malade était guéri, et à sa sortie, qui eut lieu le mois suivant, il toussait à peine, la poitrine était sensiblement rétrécie inférieurement à droite, le bruit respiratoire y était faible, le son obscur, mais les forces étaient complètement revenues, et cet individu avait repris un embonpoint et une fraîcheur qu'il n'avait jamais eus auparavant.

deux feuillets de la plèvre, qu'il y ait ou non rétrécissement consécutif du thorax, toute récidive est devenue impossible, puisqu'il n'existe plus alors, à proprement parler, de cavité pleurale.

Diagnostic. — La pleurésie chronique est une maladie facile à reconnaître : l'ampliation du thorax, la matité à la percussion, l'absence de la respiration et des vibrations thoraciques, caractérisent suffisamment, dans la plupart des cas, la pleurésie chronique. Nous avons dit plus haut à quels signes on pouvait soupçonner si du pus était épanché dans la plèvre, et si la pleurésie se compliquait ou non de la présence de tubercules dans les poumons.

L'auscultation et la percussion seules ne sauraient révéler si l'épanchement est plutôt constitué par du liquide ou par des couches de fausses membranes épaisses, car dans les deux cas la matité est la même, la respiration et les vibrations thoraciques font également défaut, et l'on peut, dans l'un comme dans l'autre cas, constater ces souffles bronchique et amphorique que nous avons signalés comme phénomène exceptionnel dans la pleurésie chronique; mais l'inspection du thorax fournira un signe précieux : ce n'est en effet que dans les épanchements liquides qu'on constate une dilatation plus ou moins considérable des espaces intercostaux; lorsqu'il n'existe plus que des fausses membranes, les parois thoraciques ont subi un retrait notable.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer une pleurésie bornée à la partie inférieure et postérieure du côté droit d'avec une tumeur formée par le foie, comme un kyste hydatique, par exemple. Cependant, si l'on remarque que le foie déborde de beaucoup les côtes, que la matité que celui-ci fournit se continue la même à la partie inférieure de la poitrine; si, d'autre part, on considère le début lent insidieux de la maladie, et l'impossibilité de déplacer la matité en changeant les positions du malade, on sera porté à soupçonner autre chose qu'un simple épanchement pleurétique.

La pleurésie partielle peut simuler une tuberculisation, surtout si elle occupe le sommet; car, outre la matité, il y a parfois un souffle bruyant, un retentissement broncho-égophonique de la voix; s'il y a peu de liquide, c'est un bruit de froissement pouvant simuler les craquements, et lorsque les bronches contiennent beaucoup de mucosités, une espèce de gargouillement capable d'induire en erreur une oreille exercée. Il en serait de même si le foyer des plèvres communiquait avec les bronches. Qu'on ne l'oublie point; les signes physiques sont insuffisants et plus capables dans l'espèce de faire errer que d'éclairer le médecin. Il faut donc toujours, avant de conclure, contrôler les résultats de l'exploration physique par l'étude et la comparaison des symptômes généraux ainsi que par la marche de l'affection. Comment croire, par exemple, à l'existence de tubercules ramollis, à une caverne, surtout lorsqu'il n'existe aucun signe de fièvre hectique et lorsque les signes physiques qui pourraient faire redouter ces lésions sont survenus très-promptement?

La pleurésie chronique partielle pourrait encore, à la rigueur, être confondue avec une pneumonie chronique, ou bien avec le développement d'une tumeur solide dans la poitrine; car, dans tous ces cas, il peut exister de la matité avec absence complète de toute espèce de bruit naturel ou morbide. Il n'y aura aucun moyen certain d'éviter l'erreur, à moins pourtant que l'absence d'adhérences (chose peu probable) ne permette, en variant les positions des malades, de déplacer l'épanchement. Cependant la pneumonie chronique, et surtout les tumeurs solides des plèvres, sont des affections tellement rares, que, lorsqu'on observe les symptômes précédemment indiqués, on ne doit pas hésiter à diagnostiquer presque à coup sûr un épanchement pleurétique. Ajoutons que

la pneumonie chronique, bornée à un seul lobe, peut déterminer la consomption et la mort, tandis qu'une pleurésie chronique, bornée à la moitié inférieure, si elle est sans complication tuberculeuse, n'a peut-être jamais un pareil effet. Le cancer des poumons pourrait également simuler un épanchement pleurétique chronique; mais nous verrons que dans cette affection, d'ailleurs fort rare, il y a plusieurs autres éléments de diagnostic qui pourront éclaircir nos doutes; il pourrait y avoir notamment, comme dans les cas de tumeurs solides, des signes de compression vers quelques organes qui aideraient à préciser le diagnostic, et souvent aussi on trouvera des ganglions durs et squirrheux dans les creux sous-claviculaires et axillaires, signe important comme je l'établirai plus tard. (Voyez ces maladies.)

Pronostic. — La gravité du pronostic est proportionnée à l'abondance de l'épanchement, à l'ancienneté de la maladie, à la résistance que celle-ci oppose aux remèdes employés. L'amaigrissement et la fièvre hectique sont des symptômes toujours fâcheux, car ils dépendent tantôt de la purulence de l'épanchement, tantôt d'une complication tuberculeuse. C'est cette coïncidence fréquente de la pleurésie avec les tubercules qui rend le pronostic de la maladie toujours grave. La présence de tubercules dans les poumons sera très-probable, je dirais volontiers certaine, s'il n'y avait pas quelques exceptions, toutes les fois que la pleurésie est double, pourvu qu'elle se soit développée sourdement, d'une manière latente.

Étiologie. — On ne sait rien encore de précis sur les causes prédisposantes et efficientes de la pleurésie chronique primitive. La pleurésie aiguë passe surtout à l'état chronique lorsque le traitement a été insuffisant ou irrationnel, lorsque les individus sont débilités, cacochymes, et surtout lorsqu'ils sont tuberculeux ou prédisposés à l'être.

Traitement. — Dans la pleurésie chronique, les émissions sanguines sont rarement utiles, excepté pourtant dans les cas où le sujet est robuste. Les saignées locales, faites surtout à l'aide de ventouses, sont également préférables. Le moyen le plus efficace de traitement consiste à appliquer des exutoires en plus ou moins grand nombre sur la poitrine. Les vésicatoires devront ici être très-larges et très-multipliés, il n'est pas rare qu'on soit obligé d'en appliquer successivement jusqu'à vingt, trente, quarante et plus. On les remplace parfois par des cautères, mais les exutoires plus profonds, spécialement le séton que beaucoup conseillent, sont plus douloureux, plus difficiles à supporter à cause de la maigreur des individus; je les crois, de plus, moins efficaces que des vésicatoires qu'on peut multiplier à volonté. On aidera leur action par quelques diurétiques ou par des purgatifs drastiques, si l'état du tube digestif permet d'opérer sur lui une dérivation énergique. Les fonctions de la peau seront activées à l'aide de quelques bains de vapeur. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et l'on placera les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Cependant, lorsque, la résorption ne s'opérant pas, l'épanchement reste stationnaire pendant de longs mois, lorsque surtout il s'accroît et que la fièvre hectique s'allume, ou bien lorsque par son abondance l'épanchement apporte une gêne considérable dans les fonctions respiratoires et circulatoires, lorsque la dyspnée est grande, lorsque l'épanchement, siégeant à gauche, a déplacé le cœur et que le malade est menacé de mourir d'asphyxie ou de syncope, il faut se hâter d'évacuer le liquide. Faire pour une pleurésie chronique l'opération de la thoracentèse ne constitue le plus souvent qu'un moyen palliatif. On conçoit, en effet, que le poumon, réduit à un petit volume, bridé de toutes parts par de fausses membranes,

ayant perdu toute son élasticité et sa force expansive, ne puisse presque plus se laisser pénétrer par l'air. C'est d'ailleurs ce que nous avons précédemment établi d'après des expériences faites sur le cadavre. Cette circonstance, aussi bien que la persistance de l'altération de la plèvre, explique suffisamment pourquoi l'opération de l'empyème est presque toujours inutile. Cependant ces insuccès si fréquents, si ordinaires, ne tiendraient-ils pas à ce qu'en France, du moins, on attend, pour donner une issue au liquide, que la maladie soit parvenue à sa dernière période? Il est certain pour nous que, si l'on opérât plus tôt, si on le faisait avant que la fièvre hectique eût déjà miné la constitution, avant que le poumon eût perdu tout son ressort, on obtiendrait des résultats plus favorables. Les faits nombreux recueillis par les anciens chirurgiens, ceux plus concluants encore publiés par quelques contemporains, prouvent en faveur de cette opinion. Ainsi, en 1844, les docteurs Hughes et Cock, tous les deux médecins de l'hôpital de Guy, à Londres, ont publié la relation de vingt cas de thoracentèse, sur lesquels sept guérirent et cinq au moins furent améliorés. Dans la même année, la *Gazette médicale de Londres* publia un autre travail du docteur Hamilton Roe, dans lequel on trouve que, sur vingt-quatre opérations d'empyème, la guérison a eu lieu dix-huit fois.

Parmi les procédés qu'on a conseillés pour ouvrir le thorax, il faut préférer à l'incision des espaces intercostaux la simple ponction avec un trocart. On y procède de la manière suivante : On incise la peau avec une lancette au niveau du bord inférieur de la huitième côte, en comptant de *haut en bas*, à 4 ou 5 centimètres en dehors du grand pectoral; puis, tirant fortement la peau en haut jusqu'à ce qu'elle corresponde au septième espace intercostal, on enfonce le trocart en rasant le bord supérieur de la huitième côte. Pour empêcher la pénétration de l'air par la canule, on devra, d'après le conseil de Reybard, adapter au pavillon de l'instrument une peau de baudruche mouillée. Celle-ci a pour fonction de boucher l'ouverture de l'instrument lorsque pendant l'inspiration, le liquide cessant de couler, l'air fait effort pour se précipiter dans la poitrine. Pour faciliter l'écoulement, on conseille au malade de tousser et de faire des efforts; en même temps on exercera une compression sur la poitrine et sur l'abdomen. Lorsque le liquide étant écoulé on veut retirer la canule, il faut avoir soin que le malade reste immobile et suspende tout à fait les mouvements respiratoires. La canule enlevée, on exprimera exactement le liquide de la plaie, car, sans cette précaution, on pourrait voir les bords s'enflammer, puis s'ulcérer, et une fistule pleurale s'établir. Il importe d'être prévenu que quelques malades éprouvent, pendant l'opération, une toux quinteuse des plus pénibles, que d'autres ont des douleurs déchirantes dans la poitrine, ce qu'on attribue à la distension et à la rupture des fausses membranes au moment où le poumon commence à se dilater.

Dans les épanchements aigus, séreux, peu anciens, il est recommandé d'évacuer tout le liquide d'un seul coup, car le poumon peut reprendre à peu près son expansion; mais peut-on agir de même dans les épanchements chroniques, lorsque le poumon a perdu son ressort et qu'il se trouve comprimé et bridé par de fausses membranes? L'expérience semble prouver que, dans ces cas, il vaut mieux évacuer le liquide peu à peu par des ponctions successives, ou bien en introduisant dans la plèvre, par la canule du trocart, une sonde flexible, par laquelle le liquide suinte peu à peu, ce qui permet au poumon annihilé depuis longtemps de se dilater progressivement et de combler le vide. Cette dernière méthode me semble, en effet, préférable dans les épanchements purulents. Mais la thoracentèse seule ne suffit pas le plus souvent; pour guérir

ces collections, il faut en outre modifier la vitalité des surfaces sécrétantes par des injections appropriées. C'est ce que les anciens chirurgiens avaient parfaitement compris. Après l'opération de l'empyème, ils faisaient dans la plèvre des injections détersives. On a tour à tour recommandé dans ce but l'eau miellée, le vin, les décoctions émoullientes ou aromatiques, les chlorures, etc. Dans ces derniers temps on a injecté la teinture d'iode, qui a sur les liquides autrefois employés le double avantage de détruire presque aussitôt la fétidité du pus et de modifier la vitalité des surfaces malades. On lira dans l'excellent livre de M. Boinet, sur l'*iodothérapie*, des faits qui prouvent l'utilité de la méthode dans les cas d'empyème. Une injection peut suffire; mais le plus souvent on est obligé de les renouveler lorsque la suppuration continue et que le pus acquiert de la fétidité. Les injections iodées dans la plèvre ne seront faites qu'avec une certaine circonspection. Dans les premières applications, surtout si l'affection est peu ancienne et si le liquide n'est pas très-purulent, il faut, d'après le conseil de M. Boinet, n'injecter que de petites quantités de liquide et ne laisser celui-ci que peu de temps dans la cavité pleurale: ainsi on se bornera à injecter d'abord un mélange de 100 grammes d'eau, 10 grammes de teinture d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium. Plus tard, si l'épanchement est tout à fait purulent, on se servira d'un liquide plus concentré; enfin, on suspendra ou l'on ralentira l'usage des injections lorsque les symptômes généraux et locaux indiqueront un certain degré d'excitation qu'il faudrait bien se garder de dépasser. M. Boinet ne regarde pas les injections iodées comme contre-indiquées dans les cas de fistule broncho-pleurale; mais il faut avoir soin, alors, d'injecter un liquide peu concentré, de pousser l'injection lentement et en donnant aux malades une position demi-assise. Dans ces empyèmes, où des injections plus ou moins répétées doivent être faites dans la plèvre, il convient de laisser une canule ou une sonde à demeure pour éviter de pratiquer des ponctions trop répétées; ce qui, en effet, pourrait avoir plus d'un inconvénient.

INFLAMMATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION

Les différents organes qui servent aux circulations artérielle, veineuse et lymphatique, sont susceptibles de s'enflammer. Il est probable qu'il en est de même pour les vaisseaux capillaires; mais leur ténuité nous a empêché jusqu'à présent de constater les désordres que l'inflammation doit y produire. Nous allons examiner successivement l'inflammation dans les enveloppes du cœur et dans le cœur lui-même, dans les artères, dans les veines, dans les vaisseaux et dans les ganglions lymphatiques.

DE LA PÉRICARDITE

Le mot *péricardite* sert à désigner l'inflammation du feuillet séreux du péricarde.

Historique. — Tout à fait inconnue des médecins anciens, la péricardite ne fut guère mentionnée qu'à dater du XII^e siècle. Il faut pourtant arriver jusqu'à Sénac pour trouver un commencement de description, que Corvisart perfectionna, mais qui était néanmoins tellement incomplet, surtout sous le rapport symptomatique, que Laënnec, à la fin de sa carrière, prétendait encore qu'on ne pouvait pas *diagnostiquer*, mais seulement *deviner* la péricardite.

Cette proposition n'est plus exacte aujourd'hui: car, depuis les recherches de MM. Louis (1), Andral (2), Bouillaud (3), Piorry (4), Hache (5) en France, Stokes (6) et Latham (7) en Angleterre, le diagnostic de l'inflammation du péricarde est possible dans presque tous les cas.

Divisions. — La péricardite est *aiguë* ou *chronique*, *partielle* ou *générale*.

Anatomie pathologique. — Les lésions cadavériques varient suivant l'époque à laquelle la mort survient. Si les malades succombent peu de temps après le début de l'affection, on peut ne trouver sur le péricarde qu'une rougeur plus ou moins vive, ponctuée ou disposée par plaques, et dépendant d'une injection qui siège dans le tissu cellulaire et non dans le feuillet séreux lui-même. Celui-ci a conservé son épaisseur et sa transparence; mais on le détache peut-être plus facilement, sans qu'il soit devenu pour cela plus cassant ni plus friable. Dès les premiers instants de la maladie, la sécrétion de la membrane enflammée est profondément modifiée. Ainsi la surface du péricarde est tout d'abord, non pas sèche, comme on le dit, mais plutôt poisseuse; elle n'est plus lisse comme à l'état sain, mais plus ou moins dépolie et hérissée très-irégulièrement de très-petites plaques ou granulations albumino-fibrineuses. Bientôt les fausses membranes sont plus étendues et plus épaisses, et il se forme simultanément, ou peu après, un épanchement séro-floconneux, tantôt constitué par une sérosité louche, opaque, tout à fait purulente; plus rarement le fluide épanché est rougeâtre et constitué, même parfois, par du sang pur; dans ce dernier cas, on donne à la *péricardite* le nom d'*hémorrhagique*. Le volume de l'épanchement varie beaucoup: le plus souvent il n'y a guère que 60 à 120 grammes de liquide, mais sa quantité peut s'élever jusqu'à 1, 2 ou 3 kilogrammes (J. Frank, Louis). Il en résulte alors une distension très-grande du péricarde qui refoule les poumons à droite et à gauche, et déprime plus ou moins le diaphragme.

Les fausses membranes, qu'elles coexistent ou non avec un épanchement liquide, méritent une mention spéciale: les unes sont libres, flottantes; les autres sont réparties plus ou moins irrégulièrement sur les deux surfaces du péricarde, spécialement sur le feuillet cardiaque. Elles ont depuis un millimètre jusqu'à 27 millimètres d'épaisseur. Leur surface est presque toujours irrégulière: tantôt elle est réticulée et ressemble à celle d'un gâteau de miel, ou bien elle offre des saillies qui l'ont fait comparer au second estomac des ruminants, à une langue de chat, à un ananas ou à une pomme de pin, etc.; comparaisons qui sont parfaitement justes. Cette disposition si remarquable des fausses membranes, ces irrégularités de surface, qu'on ne retrouve dans aucune autre phlegmasie séreuse, dépendent probablement des mouvements continus et alternatifs du cœur.

Les fausses membranes, d'abord séparées sur les deux feuillets du péricarde, finissent souvent par faire adhérer plus ou moins intimement le cœur au feuillet pariétal; ces adhérences sont tantôt lâches et celluluses, mais parfois elles sont si intimes, qu'il n'y a plus de cavité, et très-souvent alors on a cru à une absence du péricarde. Le temps imprime à ces productions des changements très-divers: les unes deviennent tout à fait celluluses, les autres s'indurent, sont comm-

(1) *Mémoires anatomo-pathologiques*. Paris, 1826.

(2) *Clinique médicale*, t. III.

(3) *Traité clinique des maladies du cœur*, 1835.

(4) *Percussion médiate*. Paris, 1823.

(5) *Archives de médecine*, année 1835, t. IX.

(6) *Dublin Journal*, année 1833, et *Archives*, 2^e série, t. IX.

(7) *Medical Gazette of London*, 1829, t. III.