

bas que le bord inférieur de sa congénère, si on les compare à une égale distance de la crête épineuse; en même temps elle se rapproche du rachis. L'espace qui sépare son bord inférieur des vertèbres est moindre que du côté opposé.

L'emphysème généralisé détermine un agrandissement notable du diamètre vertical de la poitrine et augmente l'obliquité de la dernière côte. Dans les épanchements pleurétiques d'une médiocre abondance les dernières côtes peuvent rester à la même hauteur, mais il n'en est pas de même dans ceux qui remplissent toute la cavité de la plèvre, et dans ceux qui restent emprisonnés entre la base du poumon et la face convexe du diaphragme. Je regarde ce signe comme un des plus importants pour constater ce genre d'épanchement, surtout quand il succède aux symptômes de la pleurésie diaphragmatique.

Dernièrement, chez une femme dont le foie était distendu par des kystes hydatiques, la constatation d'une matité occupant le tiers inférieur de la poitrine avait fait supposer à un chirurgien habile que le diaphragme était refoulé en haut par le développement de la poche hydatique; l'obliquité de la dernière côte me fit conclure à l'existence d'un épanchement pleurétique que d'autres signes vinrent affirmer. Il était évident que si le diaphragme avait été repoussé en haut, la dernière côte eût suivi le mouvement ascensionnel.

Le pneumothorax produit au plus haut degré l'obliquité plus grande et l'abaissement de la dernière côte.

Après la résorption des épanchements pleurétiques, en même temps que le côté affecté s'affaisse et devient plus étroit, son diamètre vertical diminue par la convergence des côtes; Laennec a signalé ce fait, et c'est peut-être la seule circonstance dans laquelle il indique un changement apporté à la hauteur de la cavité thoracique.

Nous rappellerons, en terminant, que nous avons supposé la poitrine régulièrement conformée. Le rachitisme peut modifier l'obliquité des côtes qui convergent dans le sens de la concavité des courbures rachidiennes et s'étalent en s'écartant du côté de leur convexité.

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE (1)

Sommaire. — Considérations historiques. — Opinion de Laennec. — Observations d'Andral. — J. Frank.

Phénomènes du début. — Points douloureux. — Bouton diaphragmatique. — Points phréniques. — Douleurs réflexes sus-claviculaires. — Caractères de la toux. — Signes fournis par la percussion. — Modifications de la tonalité. — Troubles des fonctions digestives. — Phénomènes généraux (fièvre, délire, etc.). — Diagnostic. (Péricardite. — Péritonite périhépatique. — Hépatite. — Méningite. — Rhumatisme du diaphragme.)

Pronostic. — Anatomie pathologique. — Traitement.

MESSIEURS,

Aucune affection peut-être ne manifeste les vicissitudes de la science d'une manière plus frappante que la *pleurésie diaphragmatique*. Considérée comme une maladie très-importante et très-grave par les anciens qui lui avaient imposé le nom de *paraphrénésie*, elle trouve à peine une place dans les traités récents de pathologie; pour Laennec, elle constitue un cas, dont il ne s'occupe qu'à un point de vue purement anatomique. La plupart des auteurs qui ont écrit après lui ne la mentionnent qu'en passant, sans en décrire les symptômes caractéristiques. Je me hâte d'excepter le *Traité de clinique médicale* de M. Andral, qui renferme cinq observations pleines d'intérêt, suivies de réflexions, où la physionomie distinctive de cette affection est esquissée en traits rapides, mais saisissants. Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette variété de pleurésie, et frappé de certains phénomènes qui m'ont paru pouvoir fournir à la discussion clinique un sujet intéressant, j'ai complété mes observations par les documents que j'ai pu trouver dans les ouvrages classiques. C'est à l'ouvrage de M. le professeur Andral que j'ai fait les plus larges emprunts. J'ai eu surtout en vue la détermination des signes qui peuvent éclairer et préciser le diagnostic de cette affection. Si, dans la langue hippocratique, le mot de *paraphrénésie* paraît avoir

(1) Leçons extraites en partie des *Arch. gén. de médecine*, septembre 1853.

été employé pour désigner plusieurs affections différentes accompagnées de délire, il est certain que, dès l'origine de la science, ce nom a été spécialement appliqué à l'inflammation du diaphragme. C'était dans le muscle lui-même que les anciens plaçaient le point de départ du travail morbide, que nous attribuons à la pleurésie. Cependant ils n'avaient pas méconnu l'existence de cette membrane ni sa participation à la maladie qui nous occupe. « Le diaphragme est tapissé en haut, disait Galien, par la membrane arachnoïdienne qui revêt à la fois les côtes et le poumon ; sa face inférieure est en rapport avec le sommet du péritoine. » Et ailleurs : « Le diaphragme est quelquefois rétracté consécutivement à l'inflammation de la membrane qui tapisse les côtes. » Mais ils regardaient la pleurésie comme une annexe du muscle. En effet, il existe entre ces deux organes une solidarité fonctionnelle qui donne à la pleurésie diaphragmatique sa physionomie distincte, et l'obstacle apporté à l'action du diaphragme est le symptôme dominant de cette affection. De leur point de vue essentiellement clinique et physiologique, les anciens devaient arriver à cette conclusion qui constitue pour nous une confusion anatomique.

Quant au nom qu'ils donnaient à cette affection, il est dérivé du mot *φρενες*, sous lequel on désignait le diaphragme ; parce que, dit Galien, cet organe devient facilement l'occasion du délire (1). Quoi qu'il en soit, il est incontestable que le terme de paraphrénésie fut également appliqué à la pleurésie diaphragmatique, comme le prouve le passage suivant, emprunté à Boerhaave :

Si morbus pleuritidi similis occupat eam membranam pleurae partem quae diaphragma ambit, vel et ipsum septum medium, paraphrenitidem appellant.

L'inflammation de la pleurésie diaphragmatique n'est pas rare ; comme le remarque Laennec, les adhérences qu'on trouve assez souvent dans les autopsies, entre le diaphragme et la base du poumon, en attestent la fréquence ; mais elle peut n'être qu'un épisode d'un travail étendu à une

(1) Quelques faits trop généralisés et mal interprétés ont sans doute servi de base à cette croyance, dont il faut imputer la principale origine aux doctrines physiologiques rêvées par les philosophes grecs ; ainsi quelques-uns d'entre eux avaient placé le siège de l'âme dans le diaphragme, qui en était au moins, pour Galien, un organe essentiel. Platon place dans son voisinage, et non pas dans le muscle lui-même, comme l'avance le médecin de Pergame, les deux parties de l'âme mortelle. Ce rapport entre l'affection du diaphragme et le trouble des facultés intellectuelles a été généralement accepté sur la foi de Galien, et n'a soulevé que de timides objections, jusqu'à Pierre Frank, qui le nia formellement au nom de l'observation ; tant il est difficile aux esprits même les plus éclairés de se soustraire complètement à l'influence des idées préconçues et à l'entraînement des opinions régnantes !

grande partie de la membrane séreuse thoracique ; les symptômes qui lui appartiennent pourront être confondus au milieu des manifestations de la pleurésie générale. D'ailleurs il y aura alors moins d'intérêt pratique à les distinguer. C'est dans les cas où le travail morbide reste limité dans la région diaphragmatique, ou bien quand il débute par cette région devant envahir plus tard une plus grande étendue de la pleurésie, que les signes ordinaires de la pleurésie manquent le plus souvent, et qu'il importe d'établir le diagnostic dont tous les auteurs constatent la difficulté.

Aussi Laennec ne semble concevoir la possibilité de reconnaître cette affection que dans le cas où l'épanchement très-considérable peut se manifester par les signes ordinaires de la pleurésie : absence du son et du bruit respiratoire, quelquefois même égophonie. Du reste, si Laennec a été si incomplet sur ce sujet, il faut se rappeler qu'il écrivait avant tout un traité d'auscultation, et qu'il étudiait principalement les maladies au point de vue du moyen diagnostique qu'il avait créé.

J. Frank, après avoir résumé dans un tableau assez complet tous les travaux antérieurs, consacre un article spécial pour établir la difficulté du diagnostic. Sous le nom de diaphragmite, il décrit presque exclusivement la pleurésie diaphragmatique, et, adoptant les idées des anciens, indique les signes qui la distinguent de la pleurésie et de la méningite.

Comme je l'ai dit plus haut, la pleurésie diaphragmatique peut offrir dans sa marche plusieurs variétés : tantôt le travail inflammatoire demeure concentré entre la base du poumon et la face supérieure du diaphragme ; tantôt, après avoir débuté par cette région, et y être resté quelque temps limité, il envahit la pleurésie costo-pulmonaire ; dans d'autres cas, l'inflammation suit une marche inverse, la pleurésie costo-pulmonaire en est le foyer primitif, la pleurésie pneumo-diaphragmatique n'est attaquée que consécutivement. On trouve dans la Clinique de M. Andral des observations qui se rapportent à ces trois types. Étudions d'abord la pleurésie qui ne dépasse pas la région du diaphragme ; c'est alors que les signes dits physiques font surtout défaut et qu'on peut, d'une autre part, mieux saisir les manifestations particulières qui dépendent du siège de la maladie.

Le début est le plus souvent brusque, violent, marqué en général par un frisson ; la fièvre s'allume, accompagnée quelquefois de céphalalgie sus-orbitaire ; au milieu des troubles fonctionnels communs à presque toutes les phlegmasies, le symptôme le plus saillant est une douleur vive, poignante, qui occupe une des régions hypochondriques, irra-

die vers l'épigastre, et quelquefois jusque dans le flanc correspondant, en suivant le bord costal ou le contour des dernières côtes ; elle augmente rapidement, et se fait surtout sentir pendant l'inspiration ; souvent le malade est tourmenté par du hoquet, par des nausées ou même par des vomissements dont les efforts exaspèrent les souffrances à un intolérable degré. Toujours la respiration devient anxieuse, précipitée, la dyspnée est extrême, le plus souvent le malade ne peut rester dans le décubitus horizontal ; il est assis, incliné en avant, la main sur le côté affecté, comme pour le protéger, ou pour l'immobiliser.

Les parties douloureuses ne peuvent supporter la plus légère pression ; mais il est un point surtout qui paraît comme le foyer principal de la sensibilité : ce point est situé à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Si j'insiste sur ce détail, c'est que dans tous les cas de pleurésie diaphragmatique soumis à mon observation, ce phénomène avait quelque chose de très-remarquable ; quand l'extrémité du doigt rencontrait ce point, le malade jetait un cri ; chez quelques-uns la respiration devenait tellement haletante, tellement précipitée, que la suffocation paraissait imminente ; et ces effets se reproduisaient avec une telle instantanéité, avec une telle précision, qu'il semblait qu'on poussât un ressort. Ce fait est dans certains cas d'autant plus remarquable qu'il peut se produire alors même qu'il n'existe pas de douleur spontanée. Au-dessus et au-dessous de ce point, que j'ai appelé le *bouton diaphragmatique*, la sensibilité est exagérée, mais à un bien moindre degré.

J'ai également développé de la sensibilité, par la pression, vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, dans une étendue très-limitée et sur la partie latérale inférieure du thorax. En outre, quand on refoule de bas en haut la région hypochondriaque, on produit, en général, une douleur vive qui ne se manifeste pas quand on presse dans une direction inverse.

Un autre phénomène qui appartient au même ordre de symptômes, et qui n'a pas été généralement indiqué, c'est une sensibilité très-vive entre les attaches inférieures du sterno-cléido-mastoïdien sur le trajet du nerf phrénique. Une pression un peu forte est toujours douloureuse dans cette région ; mais dans la maladie dont je m'occupe, cette sensibilité est beaucoup plus développée que dans les conditions normales, et en comparant les résultats de la pression des deux côtés, on arrive à

constater une telle différence, qu'il ne reste matière à aucun doute. Un des malades que j'ai observés accusait une douleur spontanée dans ce point, et il y ressentait, disait-il, des élancements qui, partant de l'hypochondre, venaient retentir à la base du cou ; un autre disait qu'il avait la sensation d'un tiraillement comme d'une corde douloureuse s'étendant du diaphragme à la région sus-claviculaire. Chez le plus grand nombre, la pression seule révèle l'impression communiquée au nerf phrénique par l'inflammation diaphragmatique.

Il n'en est pas de même des douleurs qui occupent la région sus-claviculaire ; celles-ci, spontanément développées, sont quelquefois assez vives pour provoquer les plaintes des malades ; cependant le plus souvent ils n'en indiquent l'existence que quand on les interroge sur les sensations qu'ils éprouvent, et ils les relèguent au second plan du tableau qu'ils font de leurs souffrances. D'un siège variable suivant les sujets, disséminées quelquefois sur le moignon de l'épaule, suivant, dans d'autres cas, le bord externe du muscle trapèze, elles irradiaient chez une malade jusque dans la région scapulaire ; ces douleurs réflexes occupent des rameaux divers du plexus cervical (1). En même temps que ces symptômes se manifestent, la face exprime l'anxiété la plus vive ; elle est quelquefois grippée, et, dans les cas les plus graves, agitée de mouvements convulsifs (2).

La respiration, avons-nous dit, est très-fréquente, très-courte, haletante, comme convulsive ; chez un de mes malades, elle devenait d'une fréquence extraordinaire, quand il essayait pendant quelques instants de la suspendre.

(1) Dans le cas qui nous occupe, on peut expliquer ces douleurs réflexes par la disposition de la quatrième paire cervicale, principale origine du nerf phrénique, qui distribue ses rameaux dans la région sus-claviculaire et sur le moignon de l'épaule. Hippocrate les avait déjà observées, comme le prouve l'aphorisme : *Si sub septo transverso fit dolor et ad claviculam non se extendat*, etc.

Galien ne se contente pas de les signaler, il veut les expliquer : « Quelquefois, dit-il, les phrénétiques souffrent au niveau du cou, la membrane qui tapisse les côtes se prolongeant vers cette région, et ailleurs la douleur cervicale, qui accompagne certaines maladies du foie, est plutôt due à la tension de la veine cave qu'à celle des membranes. » La sensibilité du nerf phrénique sort de cette catégorie de faits ; c'est un phénomène d'irritation par continuité. Il faut remarquer, cependant, qu'ordinairement l'irritation transmise à un nerf se propage dans une direction centrifuge, qu'ici, au contraire, l'irritation marche de la périphérie vers l'origine du nerf.

Les vomissements assez fréquents dans cette affection pourraient être considérés comme le résultat d'une action réflexe si les anastomoses du phrénique et du pneumo-gastrique existaient aussi souvent que le pense Haller.

(2) Portal, P. Frank expliquaient ces mouvements convulsifs par les anastomoses du phrénique avec le nerf facial.

M. Andral, d'accord avec un grand nombre d'auteurs (1), lui a attribué ce caractère, d'être exclusivement costale; dans un cas même, le côté sain, seul, accomplissait les mouvements respiratoires. Chez plusieurs des malades que j'ai observés, les parois thoraciques y jouaient le principal rôle, mais les mouvements alternatifs de l'abdomen semblaient prouver que l'action du diaphragme n'était pas entièrement annulée. On comprend que ce symptôme n'existe pas nécessairement dans les cas, par exemple, où l'épanchement n'est pas encore formé, ou n'est pas assez considérable pour affaisser complètement la voûte diaphragmatique; car, ainsi que l'ont remarqué MM. Maissiat et Beau, la courbure des fibres du diaphragme est la condition essentielle de leur action. D'après le docteur Stokes, la paralysie du diaphragme indique la purulence de l'épanchement. Pour moi, cette loi formulée par l'illustre médecin de Dublin ne doit pas être regardée comme absolue; et je crois avoir rencontré des cas où le diaphragme était immobilisé par des épanchements abondants sans que ceux-ci fussent purulents. Quand la contraction du muscle est tout à fait annihilée, les dernières côtes dont il est le principal moteur deviennent immobiles (2), les côtes supérieures et le côté sain sont les seuls agents de l'ampliation thoracique, qui sera plus ou moins gênée, suivant que le diaphragme y avait avant la maladie une plus ou moins grande part (3).

J'ai observé des malades chez lesquels la partie supérieure du ventre, immobile du côté affecté, semblait à chaque inspiration être entraînée vers le côté sain.

Le décubitus sur le côté malade est impossible; et celui-ci dans les épanchements un peu considérables présente une ampliation souvent appréciable à la vue, mais que la mensuration du thorax permet de constater avec plus de précision. J'ai signalé il y a quelques années un autre signe des épanchements sus-diaphragmatiques, c'est l'abaissement

(1) *Quiescente abdomine, solo thorace peracto* (Van Swieten), presque exclusivement thoracique (P. Frank). La rétraction des hypochondres est indiquée par Galien, et par Boerhaave; elle est une conséquence de l'immobilité du diaphragme, la paroi abdominale va au devant du vide qui résulte de la dilatation du thorax.

(2) Galien avait déjà remarqué que la section des nerfs diaphragmatiques immobilisait la partie inférieure du thorax.

(3) MM. les docteurs Maissiat et Beau, dans leur remarquable travail sur le mécanisme de la respiration, ont prouvé que chez les femmes les côtes supérieures étaient les principaux agents de l'ampliation de la poitrine; que chez les hommes, au contraire, le mouvement respiratoire s'effectue principalement par le diaphragme ou par les côtes inférieures.

de la douzième côte, qui fait avec le rachis un angle plus aigu que sa congénère, se dirige plus obliquement en bas et en dehors, de telle sorte que son extrémité libre se trouve placée sur un plan inférieur à celui de la douzième côte du côté opposé. (*Des modifications du diamètre vertical de la poitrine*, p. 620.) Ce signe n'appartient pas exclusivement à la pleurésie diaphragmatique, on peut le rencontrer dans tous les épanchements pleuraux abondants. Dans certains cas, il peut éclairer le diagnostic. J'ai vu le bord costal en avant, du côté malade, abaissé en même temps que la dernière côte.

Je disais, en 1854, que la percussion et l'auscultation ne donnaient souvent aucun renseignement positif. Sans avoir trouvé dans ces moyens d'exploration aucun signe caractéristique, j'ai cependant, depuis cette époque, observé certaines modalités de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire qui peuvent éclairer le diagnostic. Dans le cas d'épanchement, la percussion *profonde* fera constater ordinairement, au niveau de la gouttière costo-diaphragmatique, une diminution de sonorité, inappréciable quand on percute légèrement et superficiellement. En même temps qu'il s'affaiblit, le son thoracique présente habituellement une tonalité plus aiguë; au-dessus, dans une zone plus ou moins large, j'ai observé un son tympanique, c'est-à-dire une sonorité exagérée avec une tonalité plus élevée (1). Mon attention ne s'étant dirigée que depuis peu de temps sur ce point, je ne puis dire si cette modification du son coïncide habituellement avec l'épanchement sus-diaphragmatique. Je suis porté à le croire en tenant compte des conditions physico-organiques qui le produisent ordinairement.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire du côté malade est moins ample, moins fort, moins profond, et quelquefois un peu plus aigu que du côté opposé. On entend quelquefois un peu de râle sous-crépitant vers la limite inférieure du poumon; dans certains cas, ce râle m'a paru profond comme s'il se produisait dans la couche pulmonaire immédiatement en rapport avec l'épanchement, séparé de l'oreille par du tissu

(1) Le son tympanique, la diminution du bruit respiratoire et l'ampliation du thorax joints aux signes d'une inflammation des organes respiratoires m'ont permis de diagnostiquer un épanchement interlobaire vérifié par l'autopsie. Mon ami, le docteur Labadie-Lagrave, qui était alors interne du service, m'a dit avoir depuis vérifié l'exactitude de ces signes dans un cas analogue. Dans quelques cas le tissu pulmonaire qui circonscrit la collection interlobaire peut être congestionné ou enflammé; on y entendra alors du râle crépitant ou sous-crépitant, des gargouillements bronchiques ou des souffles. Dans un cas de ce genre qui ne m'a pas paru susceptible d'une autre interprétation, l'épanchement interlobaire s'est terminé par une vomique, et la malade a guéri.

pulmonaire sain. La diminution de l'expansion thoracique, la compression des vésicules, la congestion inévitable du tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre enflammée expliquent ces phénomènes. J'ai retrouvé dans la toux et dans la voix, au niveau de l'épanchement, cette élévation de tonalité que j'avais observée dans le bruit respiratoire.

Chez un malade, j'ai entendu un bruit de frottement pleural à la base de la poitrine. Une pleurésie sèche costo-pulmonaire compliquait la pleurésie diaphragmatique. Une autre fois, j'ai constaté, dans la même région, un souffle profond, chez un tuberculeux atteint de pleurésie diaphragmatique. Je m'expliquai ce fait exceptionnel, en supposant qu'il y avait un engorgement pulmonaire autour de l'épanchement ; il est commun, en effet, de voir, chez des phthisiques, des souffles passagers accompagner des fluxions congestives autour des noyaux tuberculeux.

Quand Laennec indique l'égophonie, il n'appuie cette assertion sur aucun fait et semble la présenter plutôt comme une induction théorique que comme un résultat d'observation (1). La toux est fréquente, contenue, sèche, en un mot, *pleurétique* ; l'expectoration est peu abondante et muqueuse.

Le pouls, le plus souvent accéléré, concentré, n'offrait chez un de mes malades qu'une médiocre fréquence.

Nous avons déjà signalé les hoquets, les nausées ; la plupart des observations en font mention ; chez un des malades de M. Andral, la pression épigastrique en provoquait le retour.

Les vomissements se montrent assez souvent au début ; quelques auteurs parlent d'une douleur correspondant à l'ouverture œsophagienne du diaphragme, et provoquée par le passage d'un bol alimentaire ; aucune des observations que j'ai sous les yeux n'en fait mention ; quelques-unes en constatent l'absence.

Quant aux autres troubles des fonctions digestives, ils sont en rapport avec l'intensité de l'état fébrile et avec la gravité de la maladie ; celle-ci suit en général pendant quelques jours une marche ascendante pour décroître ensuite si la terminaison doit être favorable. S'il en est autrement, il peut y avoir des rémissions passagères, pendant lesquelles la douleur et l'oppression diminuent, ou disparaissent en grande partie ; le décubitus horizontal devient possible, pourvu que le malade se couche sur le côté affecté, ce qu'il ne pouvait faire pendant les premières périodes

(1) Cependant les expériences de Skoda rendent admissible la perception de ce signe dans certains cas.

des de la maladie. Cependant la fièvre persiste ; les symptômes alarmants reparassent ; les vomissements peuvent recommencer et exaspèrent horriblement la douleur (obs. de M. Andral).

Un épanchement sous-pulmonaire repousse en bas le foie, qui dépasse de plusieurs travers de doigt et quelquefois même déjette en dehors le bord costal. Le poumon est refoulé en sens contraire ; la concavité de sa base est exagérée ; ses bords, retenus par des adhérences, résistent davantage à cette pression excentrique.

Chez plusieurs malades, on a observé de l'ictère.

Des exacerbations quotidiennes peuvent avoir lieu vers le soir, et font pressentir la purulence de l'épanchement ; les nuits sont agitées, sans sommeil.

Dans les cas funestes, le délire survient souvent pendant les derniers jours de la maladie ; dans deux des observations de M. Andral, il s'est montré à une époque rapprochée du début (3^e, 8^e jour) ; dans le dernier cas, il a cessé et reparu à plusieurs reprises ; une seule fois, j'ai constaté le fameux rire sardonique signalé par tous les anciens médecins comme un des signes caractéristiques de cette affection, et dans ce cas même, l'inflammation de la plèvre diaphragmatique n'était qu'un épisode d'une pleurésie plus étendue. Alors la physionomie du malade est de plus en plus altérée, ses forces s'épuisent, la voix est éteinte, l'oppression est extrême ; les nausées, le hoquet, reviennent quelquefois ; dans certains cas, le coma succède au délire et précède la mort.

On a vu une douleur subite de l'hypocondre, s'étendant jusque dans le flanc et dans la région iliaque, coïncider avec la perforation du diaphragme et avec le développement d'une péritonite circonscrite (Van Swieten, M. Andral). On conçoit que l'épanchement puisse, suivant une direction inverse, se tracer une issue à travers le tissu pulmonaire, et devenir le point de départ d'une vomique.

La durée est très-variable : dans les observations de M. Andral, un malade a succombé six jours après le début ; un autre, après trente-sept jours seulement.

Diagnostic. — Suivant la plupart des auteurs, le diagnostic de cette affection est entouré de difficultés et d'obscurités ; j'ai insisté sur les points qui peuvent l'éclairer ; il ne peut pas être fondé sur tel ou tel signe en particulier, mais sur l'ensemble de ceux que j'ai indiqués et dont la réunion lui donne un degré satisfaisant de certitude.

On peut constater dans d'autres maladies des points épigastriques

aussi douloureux, mais dans aucune que je sache, la pression sur ce point ne produit une dyspnée aussi excessive.

Les douleurs réflexes sus-claviculaires, la sensibilité sur le trajet du nerf phrénique, pourront exister toutes les fois qu'un foyer phlegmastique existera dans le voisinage de ce nerf; on les observe dans la péricardite, dans la pleurésie générale, mais dans ce dernier cas, cette sensibilité est ordinairement bien moins prononcée.

Dans la péricardite, on constate presque toujours aussi un point épigastrique très-douloureux à la pression, ainsi que je l'ai indiqué ailleurs (1). Mais outre que le doigt y détermine en général une douleur moins violente que celle du *bouton* diaphragmatique, et avec des phénomènes dyspnéiques moins accentués, ces deux foyers de sensibilité morbide n'ont point toujours exactement le même siège. Le point de la péricardite est en général situé plus haut et se rencontre surtout dans l'espace costo-xiphoidien. Tous deux doivent être attribués à l'irritation communiquée au nerf phrénique par une inflammation de voisinage, mais qui peut ne pas porter sur les mêmes éléments du cordon nerveux. Dans certaines névralgies intercostales, dans celles, entre autres, qui accompagnent presque constamment les gastralgies, le foyer névralgique antérieur peut se trouver à peu près au niveau du foyer diaphragmatique, mais il est rarement aussi délimité, aussi sensible, et la douleur n'est pas accompagnée de cette oppression intense qui succède ordinairement à la pression exercée sur le *bouton* diaphragmatique.

L'hépatite pourrait donner lieu à des difficultés plus sérieuses; mêmes douleurs réflexes sus-claviculaires, même saillie du foie dans l'hypochondre, même répulsion des côtes en dehors, même possibilité d'un ictère; dans les cas rares d'hépatite qu'il m'a été donné de voir, je n'ai constaté ni le point épigastrique, ni la dyspnée si intense, ni la difficulté du décubitus horizontal qui caractérisent la maladie que nous décrivons. Ajoutez à cela que dans cette dernière j'ai ordinairement rencontré un peu de faiblesse du murmure vésiculaire, dont la tonalité comme celle de la voix est souvent modifiée, ou un peu de râle sous-crépitant péri-diaphragmatique.

Les modifications de la sonorité ont moins d'importance. L'augmentation de volume du foie peut donner lieu à une submatité profonde, et à un son tympanique dans les parties voisines. Dans les cas douteux, la

(1) Leçons sur la péricardite, p. 340 et 341.

direction de la douzième côte pourra être un élément important du diagnostic.

Souvent d'ailleurs l'inflammation, resserrée pendant quelque temps sous la base du poumon, en franchit les limites au bout de quelques jours, fait explosion dans la cavité costo-pulmonaire, et se révèle à l'auscultation par des signes positifs et incontestables.

Une péritonite circonscrite péri-hépatique pourra amener la voussure de l'hypochondre, l'immobilité du diaphragme. Je crois même avoir observé, dans un cas où le diagnostic de péritonite sus-hépatique n'a pu être vérifié, le point diaphragmatique, dont l'irritation produite sur les rameaux terminaux du nerf phrénique justifierait l'existence.

En résumé, dans aucune autre affection que la pleurésie diaphragmatique, on ne trouve, je crois, l'ensemble des symptômes suivants :

Douleurs hypochondriques, point épigastrique dont la pression provoque immédiatement les troubles fonctionnels que j'ai décrits; douleurs réflexes sus-claviculaires, et sensibilité du nerf phrénique; douleur par la pression de l'hypochondre dirigée de bas en haut; dyspnée portée souvent jusqu'à l'orthopnée, toux pleurétique, fièvre, hoquets, nausées, vomissements.

Presque tous les auteurs, depuis Galien jusqu'à Joseph Frank, ont discuté le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique et de la méningite, ou, pour parler l'ancien langage médical, de la paraphrénésie et de la phrénésie. Morgagni, de Haen, Sarcone, s'appuient sur des observations pour faire remarquer que le délire *peut* manquer. Pierre Frank va beaucoup plus loin, et, rompant franchement avec les traditions banales, il déclare « que le délire et le rire sardonique n'appartiennent pas plus à cette affection qu'à l'inflammation de tout autre organe ». J'ai déjà parlé de cette singulière préoccupation des anciens sur le rôle physiologique du diaphragme, mais il me semble que Pierre Frank a été trop absolu dans sa négation; je me demande s'il n'a pas subi cet entraînement d'exagération si naturel à ceux qui combattent l'erreur; d'après les observations que j'ai sous les yeux, je serais porté à admettre que le délire apparaît plus souvent dans la pleurésie diaphragmatique que dans la pleurésie costo-pulmonaire; et je trouverais la raison physiologique de cette circonstance dans l'obstacle plus grand, plus soudain, apporté aux fonctions de respiration et d'hématose, sans parler des connexions du nerf phrénique avec le pneumogastrique et avec le plexus solaire qui ont été invoquées pour expliquer le délire (Juncker).

J'ai passé sous silence dans cette revue diagnostique le rhumatisme