

tères de son pouls, vous ne supposeriez pas un seul instant qu'il est affecté d'une maladie aussi grave. Un observateur superficiel, trouvant le pouls mou, régulier, à 72, la respiration facile, la peau fraîche, pourrait très-aisément méconnaître la véritable nature de cette affection, et déclarer que le malade n'a ni fièvre, ni phlegmasie viscérale. Un examen plus attentif démontre que la plèvre et le poumon droits sont gravement compromis.

Remarquez en outre que chez ce malade la pleuro-pneumonie occupe la partie supérieure du poumon, et non pas le lobe inférieur. Or la pneumonie a une prédilection marquée pour la partie inféro-postérieure des poumons; nous sommes même tellement habitués à la voir siéger en ce point, que nous regardons l'inflammation des sommets comme exceptionnelle.

rées d'un parenchyme induré. Enfin M. Trousseau a rapporté dans sa clinique un très-bel exemple de cette espèce de gangrène, et il a insisté sur les difficultés que présente alors le diagnostic, parce que les signes fournis par la percussion et l'auscultation ne diffèrent en rien de ceux qui caractérisent les affections catarrhales du poumon.

Je dois ajouter toutefois que le docteur Laycock a récemment appelé l'attention sur une forme particulière de bronchite, à laquelle il a donné le nom de *bronchite fétide*. Les produits de la sécrétion bronchique sont extrêmement fétides, mais cette fétidité, qui n'est pas exactement gangréneuse, rappelle plutôt l'odeur stercorale ou celle de l'acide butyrique. L'auteur a constaté par l'analyse la présence de cet acide dans les matières expectorées, et il pense que les faits de ce genre doivent être distingués des gangrènes broncho-pulmonaires. Il attribue l'altération du produit de sécrétion à une perversion du système nerveux, comparable à celle qui détermine l'apparition du sucre dans le sang (Cl. Bernard). Les trois faits rapportés par Laycock parlent en faveur de cette interprétation: dans le premier, le malade était affecté de *delirium tremens*; dans le second, il y avait un ramollissement cérébral; dans le troisième, il s'agit d'une femme qui était sous le coup d'une intoxication paludéenne. Dans les trois cas, la strychnine fit disparaître la fétidité des crachats.

D'autres faits sont nécessaires pour juger la question, mais j'ai cru devoir signaler ici l'intéressant travail du professeur d'Édimbourg.

Briquet, dans *Arch. gén. de méd.*, 1841.

Leblay, *De la gangrène du poumon*, thèse de Paris, 1844.

Monneret et Fleury, *Compendium de méd.*, t. VII. Paris, 1846.

Lasègue, *Arch. gén. de méd.*, 1857.

Dittrich, *Beitrag zur path. Anatomie*, Erlangen, 1850.

Rokitansky, *loc. cit.*, III, p. 23 et 75.

Trousseau, *loc. cit.*, I, p. 580.

Laycock, *On fetid bronchitis*, etc. (*Med. Times and Gaz.*, 1857). (Note du TRAD.)

Mais ce ne sont pas là les seules particularités que nous présente ce fait intéressant. Malgré l'existence d'une inflammation de la plèvre et du parenchyme pulmonaire, le sang de notre malade ne présente aucun des caractères qu'on assigne au sang des plegmäsies: extrait de la veine, il se sépare incomplètement en caillot et en sérosité, et il n'y a pas trace de cette couenne épaisse si souvent signalée par les anciens sous le nom de *crusta pleuritica*. En s'en tenant à ces signes négatifs, en considérant également la mollesse et la régularité du pouls, quelques observateurs pourraient conclure à l'absence de toute inflammation; le stéthoscope nous montre, messieurs, que cette conclusion serait aussi erronée que dangereuse.

Il est un autre phénomène qui a été constaté d'abord par M. Knott, et qui mérite d'attirer votre attention: il existe chez notre homme une inégalité frappante entre les deux côtés de la poitrine; le côté droit mesure deux pouces et demi (0^m,062) de plus que le gauche. Cette circonstance peut tenir à plusieurs causes: comme le malade a une pleurésie à droite, il semble naturel d'admettre qu'il existe un épanchement considérable dans la cavité pleurale, et que la dilatation de la poitrine dépend de l'épanchement lui-même. Mais, dans ce cas particulier, certaines conditions nous empêchent d'adopter cette interprétation. D'abord, je viens de vous le dire, une dilatation aussi prononcée supposerait un épanchement très-abondant; et par épanchement je n'entends point ici une exsudation de lymphes qui pourrait tout au plus faire reculer le poumon d'une ligne, j'entends un vaste épanchement liquide: ce liquide, dont la densité varie chez différents individus, exerce alors une pression considérable sur le poumon, et le refoule en totalité vers sa racine.

D'un autre côté, ce malade présente deux conditions dont il est essentiel de tenir compte: d'abord il travaille à la terre, et chez les laboureurs la mensuration de la poitrine, au niveau des muscles pectoraux, donne toujours une différence d'un demi-pouce, et quelquefois même d'un pouce (0^m,012 à 0^m,025) au profit du côté droit. Cette inégalité tient au développement plus considérable que prennent les muscles de droite, sous l'influence d'un travail qui les met constamment en jeu (1).

(1) Indépendamment de toute influence professionnelle, il est de règle, pour ainsi dire, que le côté droit de la poitrine soit plus développé que le gauche. Les recherches de M. Woillez ont pleinement justifié cette opinion: mesurant le thorax chez quarante

De plus, notre homme n'est pas seulement atteint de pleuro-pneumonie; il est en outre affecté d'une inflammation superficielle des parois et des téguments de la poitrine : cette inflammation nous est révélée par la sensibilité anormale et la douleur qui occupent certains points du côté droit, surtout à la partie inférieure : or, à ce niveau, la percussion donne une sonorité naturelle; donc, nous ne pouvons songer à la présence d'un liquide en ce point. La vérité est que le malade, indépendamment de sa pleurésie et de sa pneumonie, a une pleurodynie, avec tendance à l'inflammation des parties molles du thorax. Rien d'étonnant dès lors que nous trouvions un peu d'œdème des parois, nouvelle cause qui concourt à l'agrandissement du côté droit de la poitrine (1).

Telles sont les observations que je désirais vous présenter sur ce fait; j'ajouterai seulement que le traitement antiphlogistique était évidemment indiqué. Vous croyez peut-être que nous pouvions indifféremment

et un sujets qui avaient la poitrine bien conformée, il a trouvé le côté droit plus développé chez trente-six, les deux côtés égaux chez cinq.

Woillez, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*. Paris, 1838.

(Note du TRAD.)

(1) Dans un travail récent, le professeur Wunderlich a appelé de nouveau l'attention sur les accidents inflammatoires que l'on voit parfois se développer dans les parties molles du thorax, dans le cours des pleurésies aiguës; ces phlegmasies sous-séreuses sont le plus souvent consécutives à l'affection de la plèvre, et à moins qu'elles ne soient de cause traumatique, elles passent inaperçues, parce que la pleurésie détourne et absorbe à son profit l'attention de l'observateur. Mais, indépendamment des faits de ce genre, n'existe-t-il pas des cas dans lesquels le travail phlegmasique débute par le tissu sous-séreux et par les parties molles du thorax, de sorte que l'affection pleurale devient à son tour consécutive? C'est cette question que le professeur de Leipzig s'est proposé de résoudre, et il écrit sous le nom de *peripleuritis* l'inflammation primitive du tissu cellulaire profond des parois thoraciques. C'est assez dire qu'il a répondu à la question par l'affirmative; il admet en effet que *dans quelques cas rares, et en dehors de toute cause traumatique, l'affection se développe primitivement et essentiellement dans le tissu cellulaire subjacent à la plèvre costale et dans les parties molles avoisinantes; dans les cas de ce genre, la séreuse et la cavité pleurales ne subissent que des modifications secondaires*. L'auteur a rapporté deux observations intéressantes qui me paraissent établir la réalité de ce processus morbide.

Le premier de ces malades a guéri; le second a succombé aux lésions multiples dont il était atteint (dilatations sacciformes des bronches, pneumonie, etc.).

Wunderlich, *Ueber Peripleuritis* (*Archiv der Heilkunde*, I, 1861).

(Note du TRAD.)

recourir ici à l'émétique, seul ou uni au nitrate de potasse, ou bien au calomel et à l'opium; c'est une erreur : dans les cas de ce genre, les mercuriaux remplissent beaucoup mieux l'indication que le tartre stibié; cette règle est aujourd'hui parfaitement établie. Aussi, après avoir saigné notre malade, nous lui avons donné du mercure de façon à amener aussi rapidement que possible la salivation; nous avons en outre fait suivre notre saignée d'une application de sangsues. *Cette pratique est indiquée dans toutes les affections inflammatoires de la poitrine, et le nombre des sangsues doit être proportionné à la douleur et à la sensibilité locales*. Du reste, ce sont ces deux symptômes qui nous permettent d'apprécier l'amélioration que nous produisons, dans une *phlegmasie viscérale quelconque, en faisant mettre des sangsues au niveau de l'organe affecté*. Ce moyen n'est utile en effet que lorsqu'il existe une douleur spontanée ou de la sensibilité à la pression; et l'amélioration est toujours proportionnelle à la diminution de ces douleurs. En l'absence de ce phénomène, les sangsues ne servent qu'à nous faire perdre du temps, et nous devons immédiatement avoir recours à un autre mode de traitement.

Notre malade présentait encore un autre symptôme qui pouvait vous induire en erreur, et vous faire conclure à l'existence d'un épanchement. Les mouvements de la poitrine étaient beaucoup plus limités à droite qu'à gauche. Le soulèvement déterminé par l'inspiration se faisait complètement et librement du côté sain; il n'en était pas de même du côté opposé. D'une manière générale, ce symptôme appartient seulement à l'empyème et à un petit nombre d'autres maladies. On le rencontre, par exemple, lorsqu'un poumon est hépatisé dans une grande partie de son étendue; alors, en effet, la diminution des mouvements du côté affecté est directement proportionnelle à l'imperméabilité du poumon.

Mais comment nous rendre compte de ce phénomène dans le cas actuel? La pneumonie n'est pas assez étendue pour être mise en cause, et l'épanchement pleural n'est point assez considérable. Cette difficulté disparaît si nous nous rappelons que notre malade est atteint de pleurodynie; à chaque soulèvement de la poitrine, il sent augmenter ses douleurs, et il s'efforce de limiter, autant qu'il est en lui, l'étendue de ce mouvement. Ce fait, messieurs, mérite toute notre attention. Il nous prouve l'admirable prévoyance de la nature, qui nous permet de compenser, par la suractivité fonctionnelle d'un poumon, l'inertie de celui

qui est immobilisé par la douleur, par la paralysie, ou par quelque altération de structure.

J'ai à vous parler d'un autre malade qui est entré dans notre service le 4 septembre dernier : c'est un homme âgé de vingt-deux ans, nommé James Maher. Il nous est arrivé considérablement émacié ; il a une toux très-pénible qui revient par quintes ; les crachats sont rares, ils sont évidemment bronchiques ; le décubitus est dorsal ; l'appétit est perdu, les fonctions intestinales sont irrégulières ; le pouls est petit, à 100 ; la respiration est précipitée ; ce malade a des sueurs quand il se réveille.

Lorsqu'on examine sa poitrine découverte, on voit bientôt que les mouvements sont beaucoup moins étendus à droite. La percussion donne un son mat au niveau de la région latérale et postérieure de ce côté ; en arrière, on entend une respiration bronchique sans mélange de râles ; latéralement, on constate l'absence du murmure respiratoire ; l'auscultation de la voix fait entendre en arrière une bronchophonie qui se rapproche de l'égophonie ; sur le côté, le retentissement vocal est beaucoup moins distinct qu'à l'état normal ; les espaces intercostaux ne sont pas distendus. Le côté gauche est sain.

Cet homme nous racontait que, vers le milieu d'août, il était tombé subitement sur le côté gauche, et qu'il avait été saigné quatre ou cinq fois pour des symptômes apoplectiques. Trois jours après, il était pris d'une douleur vive dans le côté droit ; on lui fit deux autres saignées, on lui appliqua un vésicatoire, et il prit quelques doses de calomel et d'opium. Sous l'influence de ce traitement, les accidents aigus s'amendèrent, mais les forces du malade avaient été profondément abattues.

6 septembre. — Même état, pas de râles dans la poitrine.

℞ Pilulæ hydrargyri. gr. iij.

Extracti opii aquosi. gr. $\frac{1}{5}$.

Fiat pilula ter in die sumenda (1).

Applicetur vesicatorium magnum parti dolenti.

7. — Pendant la nuit, le malade a été pris d'une dyspnée des plus intenses, d'une toux de mauvais caractère ; il a rendu des crachats

(1) Masse pilulaire hydrargyrique. 18 centigrammes.

Extrait aqueux d'opium. 2

M. pour une pilule. On en prendra trois semblables dans le courant de la journée.

(Note du TRAD.)

composés d'une sérosité écumeuse teinte en rose. Ce matin, le pouls est faible, à 130 ; la face est livide, les mains sont froides, l'anxiété est profonde, les battements du cœur sont tumultueux ; on entend un bruit de baratte dans toute l'étendue de la poitrine. Je prescrivis du carbonate d'ammoniaque ; mais, quelques instants après la visite, le malade se met à divaguer, et il meurt presque aussitôt.

Autopsie. — La cavité pleurale droite contenait à peu près un quart (1^{re}, 13) de sérosité sanguinolente ; la partie postérieure du poumon était recouverte d'une couche plastique qui avait une épaisseur d'un huitième de pouce environ, et qui se laissait facilement détacher ; un dépôt semblable recouvrait la plèvre pariétale correspondante. La surface du poumon comprimé était ridée par places, comme cela a lieu d'habitude dans les cas de ce genre ; c'est là un effet mécanique de la compression. Ces rides méritent attention ; dans le fait actuel, elles ont induit en erreur plus d'un assistant. Il y avait, entre autres, à la face postérieure du poumon, un pli qui dessinait une concavité profonde dans le tissu pulmonaire ; cette cavité, remplie d'un liquide séro-purulent, et recouverte d'une couche épaisse de lymphe plastique, simulait, à première vue, un abcès. Les bronches étaient remplies d'une sérosité écumeuse, mais la muqueuse bronchique n'était point injectée.

Le premier enseignement que vous devez retirer de ce fait, c'est que les émissions sanguines copieuses disposent aux inflammations. Ce pauvre homme avait été saigné cinq fois pour une attaque d'apoplexie ; il avait été affaibli en outre par un traitement déplétif ; et trois jours plus tard, tandis qu'il est exsangue et complètement épuisé, il est pris d'une inflammation de la plèvre, dont rien ne peut entraver la marche fatale. Notez, en outre, que les qualités du sang avaient certainement été modifiées par ces saignées excessives ; nous ne pouvons expliquer autrement la présence de cette matière colorante qui était contenue dans la plèvre avec la sérosité et la lymphe plastique : ce fait est tout à fait exceptionnel (1).

(1) Graves n'admet point ici l'existence d'une pleurésie hémorrhagique primitive : « Les qualités du sang, dit-il, avaient certainement été modifiées par ces saignées excessives ; nous ne pouvons expliquer autrement la présence de cette matière colorante... » On sait que Laennec attachait une grande importance à la coloration rouge du liquide épanché, et qu'il avait élevé cette variété anatomique au rang d'espèce, en lui donnant le nom de pleurésie hémorrhagique ; il avait même prétendu que ces qualités de l'épanchement ont une influence directe sur la constitution des fausses membranes, et que la transformation fibro-cartilagineuse en est le résultat ordinaire. L'ob-

Au point de vue pratique, le bruit de battement qui dénote l'existence d'un liquide séreux dans les bronches doit fixer notre attention ; l'autopsie nous a montré que ce liquide ne tenait point ici à une inflammation de la muqueuse, *et qu'il était produit par un véritable flux séreux dans les canaux bronchiques*. Chez notre malade, ce phénomène s'est produit tout à coup, et il a coïncidé avec une expectoration séreuse qui avait une teinte rose très-remarquable ; cette circonstance eût pu nous tromper et nous faire songer bien à tort à l'existence d'une pneumonie. Ici donc, la matière colorante du sang était combinée avec la sérosité, soit dans la cavité pleurale, soit dans les bronches.

Nous avons eu dernièrement un cas de pleurésie diaphragmatique, dans lequel ont manqué la plupart des symptômes qu'on regarde comme caractéristiques. Une petite fille de huit ans était entrée à Meath Hospital pour un rhumatisme léger. Elle guérit rapidement, et elle se portait à merveille, lorsqu'un matin elle éprouva une horrible frayeur, en se voyant menacée par un malade en délire. Cela se passait à six heures, et, à notre visite, nous trouvions cette enfant assise sur son lit, en proie à une épouvantable dyspnée ; la respiration était à 76 ; tous les muscles qui agissent dans cet acte se contractaient presque convul-

sivement ; les ailes du nez se dilataient à chaque inspiration ; la face était pâle et turgescence ; les lèvres étaient bleues ; par instants, une toux déchirante et sèche ébranlait la poitrine ; la physionomie exprimait une profonde anxiété ; le pouls était à 120, petit et faible. Cette petite fille ne pouvait indiquer aucune douleur locale ; elle ne souffrait pas dans la poitrine ; elle se plaignait seulement d'un malaise général. La main appliquée sur la région précordiale percevait un frémissement très-net ; mais les bruits du cœur étaient distincts et normaux. La percussion du thorax ne donnait aucune matité, sauf à la partie inférieure et postérieure du poumon droit ; là on constatait de l'obscurité du son et l'absence du bruit respiratoire. Il n'y avait aucune affection abdominale.

Le soir, mon interne, M. Mac Donnell, revit la malade. Il la trouva couchée sur le côté droit, mais elle ne pouvait rester plus d'une minute dans la même position ; la respiration avait atteint le chiffre colossal de 80, le pouls n'était plus perceptible. Les pieds étaient froids ; sur la face perlait une sueur visqueuse ; le visage paraissait gonflé, la physionomie était anxieuse ; parfois l'enfant mordait ses lèvres. Elle avait une toux brève, sèche et déchirante ; elle ne se plaignait d'aucune douleur

matine se laisse dissoudre en partie par le sérum, et la sérosité épanchée prend une coloration rouge, dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de globuline dissoute. Cette condition particulière de l'épanchement est sous la dépendance de l'état général du malade, et elle ne se rattache point à une modalité différente du processus inflammatoire. D'ailleurs, je le répète, il n'y a point là une véritable hémorrhagie.

Les vaisseaux des fausses membranes pleurales peuvent être rompus, et donner lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant. C'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on observe cette variété d'épanchement rouge ; ici il y a bien réellement une hémorrhagie ; on retrouve dans le liquide tous les éléments du sang, parfois même il y a de véritables caillots dans la cavité de la plèvre. C'est à cette forme que me paraissent appartenir la quinzième et la seizième observation de M. Andral (*Clin. méd.*).

Enfin, on voit assez souvent, dans l'opération de la thoracocentèse, la dernière portion du liquide qui s'écoule, présenter la couleur du sang pur. On attribue généralement cet écoulement de sang à la déchirure des fausses membranes, produite par la dilatation du poumon. M. Trousseau fait observer qu'on peut encore expliquer ce fait « en supposant qu'au moment où le poumon se déplisse, la plèvre, intimement soudée aux fausses membranes, se sépare violemment en quelques points du poumon ou des côtes, et quelques vaisseaux se trouvent ainsi déchirés. » (*Loc. cit.*, I, p. 683.)

Telles sont les diverses conditions qui peuvent amener la coloration rouge de l'épanchement dans la pleurésie franche. La plus fréquente n'est point une hémorrhagie ; les trois autres se rattachent à des dispositions anatomiques spéciales, et non point à une forme particulière d'inflammation. (Note du Trad.)

servation ultérieure n'a pas justifié cette manière de voir de Laennec ; il est même surprenant qu'il ait soutenu une telle opinion, puisqu'il a admis de la façon la plus formelle que dans la pleurésie dite hémorrhagique, il y a deux choses bien distinctes, à savoir, une hémorrhagie et une inflammation : « J'appelle *pleurésie hémorrhagique aiguë*, dit-il, la réunion d'une hémorrhagie ordinairement légère à l'inflammation de la même membrane. » (*Loc. cit.*, II, p. 420.) En fait, il n'existe pas de pleurésie franche dont le caractère constant soit un épanchement sanguinolent ; il n'y a donc pas lieu de faire de la pleurésie hémorrhagique une espèce à part. La présence du sang dans le liquide épanché n'est jamais qu'un accident ; mais d'ailleurs il importe d'établir ici des distinctions, car la signification de l'épanchement rouge varie singulièrement suivant le moment auquel il se fait, suivant qu'il contient tous les éléments du sang ou qu'il n'en renferme que quelques-uns.

Au début de la maladie, comme dans toute inflammation, les petits vaisseaux de la plèvre subissent une dilatation anormale, et si la *fluxion inflammatoire* est assez forte pour surmonter la résistance de la paroi vasculaire, quelques-uns des vaisseaux peuvent se rompre, et il en résultera un léger écoulement de sang en nature, qui constitue une véritable hémorrhagie ; mais c'est là, sans contredit, le cas le plus rare.

Dans d'autres circonstances, la sérosité renfermée dans la cavité pleurale est teinte en rouge plus ou moins foncé ; mais cette coloration, qu'on observe assez fréquemment, n'implique point l'idée d'une véritable hémorrhagie. Alors, en effet, le liquide ne contient que la matière colorante du sang ; à la suite d'une de ces nombreuses modifications sur lesquelles, il faut bien le dire, nous ne sommes point encore renseignés, l'hé-

matine se laisse dissoudre en partie par le sérum, et la sérosité épanchée prend une coloration rouge, dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de globuline dissoute. Cette condition particulière de l'épanchement est sous la dépendance de l'état général du malade, et elle ne se rattache point à une modalité différente du processus inflammatoire. D'ailleurs, je le répète, il n'y a point là une véritable hémorrhagie.

Les vaisseaux des fausses membranes pleurales peuvent être rompus, et donner lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant. C'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on observe cette variété d'épanchement rouge ; ici il y a bien réellement une hémorrhagie ; on retrouve dans le liquide tous les éléments du sang, parfois même il y a de véritables caillots dans la cavité de la plèvre. C'est à cette forme que me paraissent appartenir la quinzième et la seizième observation de M. Andral (*Clin. méd.*).

Enfin, on voit assez souvent, dans l'opération de la thoracocentèse, la dernière portion du liquide qui s'écoule, présenter la couleur du sang pur. On attribue généralement cet écoulement de sang à la déchirure des fausses membranes, produite par la dilatation du poumon. M. Trousseau fait observer qu'on peut encore expliquer ce fait « en supposant qu'au moment où le poumon se déplisse, la plèvre, intimement soudée aux fausses membranes, se sépare violemment en quelques points du poumon ou des côtes, et quelques vaisseaux se trouvent ainsi déchirés. » (*Loc. cit.*, I, p. 683.)

Telles sont les diverses conditions qui peuvent amener la coloration rouge de l'épanchement dans la pleurésie franche. La plus fréquente n'est point une hémorrhagie ; les trois autres se rattachent à des dispositions anatomiques spéciales, et non point à une forme particulière d'inflammation. (Note du Trad.)

dans la poitrine : on pouvait presser impunément sur les côtes et sur l'appendice xiphoïde ; bien plus, la pression exercée sur le côté droit déterminait un peu de soulagement, et l'enfant suppliait qu'on réitérât cette compression. Quoique le frémissement précordial fût toujours le même, cependant aucun bruit anormal n'était appréciable au cœur ; les battements étaient forts, bien que le pouls eût disparu au poignet. A la partie inférieure du côté droit existait toujours la matité ; il s'y était joint un bruit de frottement parfaitement distinct ; il n'y avait pas d'égo-phonie. C'était sur ce point précis où siégeait le bruit de frottement, que la pression soulageait la malade. Elle mourut le même jour, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — On percute de nouveau la poitrine : à gauche, la sonorité était normale en avant et en arrière ; mais le côté droit qui, pendant la vie, avait toujours été sonore, excepté à la partie inférieure, nous donnait une matité complète dans la plus grande partie de son étendue. A l'ouverture du thorax, environ deux quarts (2^h, 26) d'un liquide jaune-paille s'écoulèrent de la cavité pleurale droite. La plèvre pulmonaire et la pariétale étaient recouvertes d'une couche épaisse de lymphes plastique récemment exsudée ; elle formait çà et là des filaments qui unissaient l'une à l'autre les deux parois de la cavité ; ces filaments étaient également de formation récente, et ils se déchiraient avec la plus grande facilité. La face thoracique du diaphragme était revêtue, à droite, d'un dépôt plastique, et elle adhérait à la face inférieure du poumon correspondant ; l'adhérence n'était pas tellement forte qu'elle ne pût être aisément rompue. Le lobe inférieur de ce poumon était carnifié, probablement par suite d'une pneumonie antérieure. Du côté gauche, le poumon était sain, mais la plèvre diaphragmatique était recouverte de lymphes plastique, ainsi que la face inférieure du poumon. Il n'y avait pas d'exsudation sur la surface extérieure du péricarde ; mais comme cette membrane est contiguë au diaphragme, et que ce muscle enflammé avait été, par cela même, dans un état très-marqué de suractivité fonctionnelle, ce rapport rendait compte de certains phénomènes observés pendant la vie de l'enfant, entre autres du frémissement précordial. Il n'y avait pas de liquide dans le péricarde, qui était d'ailleurs parfaitement sain ; il en était de même du cœur et de ses valvules. La face péritonéale du diaphragme n'était point enflammée ; il n'y avait aucune lésion des viscères abdominaux.

Les anciens écrivains ont avancé que le rire sardonique et le délire sont des symptômes constants de la pleurésie diaphragmatique ; nous

savons aujourd'hui que cette assertion n'est pas fondée ; mais il est digne de remarque que le cas actuel ne nous a présenté aucun des caractères assignés par les modernes à cette affection. Andral, par exemple, signale dans l'inflammation de la plèvre diaphragmatique une douleur vive au niveau des attaches du diaphragme ; il ajoute que cette douleur est augmentée par la pression ou par les mouvements respiratoires ; qu'on peut également constater une douleur au niveau de l'hypochondre, que le diaphragme est complètement immobile ; que le malade est incliné en avant, et que tout changement de position détermine d'horribles souffrances ; on observe en même temps du hoquet, des nausées et des vomissements. A l'appui de cette description, Andral rapporte quatre exemples de pleurésie diaphragmatique ; or, dans le fait que je viens de vous rapporter, tous ces symptômes ont manqué, quoique la maladie fût plus nette et plus dégagée de complications que dans aucune des observations du médecin français. « Il est évident, dit le docteur Stokes, à propos de la description d'Andral, que ces symptômes ne sont pas la caractéristique nécessaire de la pleurésie diaphragmatique ; nous les voyons rarement en effet dans l'empyème ordinaire, alors que la plèvre est compromise dans toute son étendue. En résumé, il faut de nouvelles observations pour résoudre cette question. » — Je me range complètement à cette manière de voir (1).

(1) L'observation rapportée par Graves n'est point un exemple de pleurésie diaphragmatique isolée, c'est un cas de pleurésie diaphragmatique avec inflammation de la plèvre costo-pulmonaire. C'est là ce qui nous explique l'obscurité du son à la partie inférieure et postérieure du poumon droit, et le bruit de frottement pleural qu'on percevait dans le même point. On sait en effet que, dans la pleurésie diaphragmatique pure, la percussion et l'auscultation ne fournissent que des renseignements peu positifs. Ainsi, sur les trois cas de pleurésie diaphragmatique isolée qu'a fait connaître M. Andral, une fois seulement (XIX^e obs.) l'auscultation a donné quelques résultats ; encore faut-il ajouter que ce résultat n'avait aucune signification précise ; au deuxième jour, la respiration s'étendait sensiblement moins à droite qu'à gauche, où elle était devenue puérile. M. Gueneau de Mussy a également noté l'insuffisance des renseignements donnés par l'auscultation : « Un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire du côté malade, un peu de râle sous-crépitant vers la limite inférieure du poumon, expliqués par la diminution de l'expansion thoracique et par la congestion inévitable du tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre enflammée, tels sont les seuls signes stéthoscopiques qu'il m'ait été donné de constater. » — Stone, qui a tracé l'histoire de la pleurésie diaphragmatique d'après l'analyse de douze observations, est arrivé aux mêmes conclusions négatives. En résumé, l'auscultation ne donne des résultats positifs que dans les cas où la phlegmasie s'est propagée à la séreuse costo-pulmonaire. Il en est exactement de même de la percussion.

Il est un autre point sur lequel je désire appeler l'attention. La plupart des auteurs