» nombre des vivans [1] :» — c'est que, pour Bianchi, sous ce nom de pleurésie bilieuse, il s'agissait réellement de pleurésies, ou plutôt de pleuro-pneumonies essentiellement asthéniques, telles qu'on les voit quelquefois, par exemple, régner épidémiquement. Nul doute à cela, quand on lit d'un bout à l'autre la dissertation de cet auteur sur la maladie en question. Mais rien qu'à remarquer, dès le premier paragraphe, que, pour synonyme de pleurésie biliaire, Bianchi indique le terme de pleurésie typhoïde, c'en serait assez pour deviner la vérité.

B. Tisanes et juleps béchiques. Cataplasmes émolliens et laudanisés sur le point pleurétique, particulièrement chez les enfans.

C. Beaucoup de repos, vie sévèrement réglée, alimentation convenablement fixée et en-deçà des exigences de l'appétit plutôt qu'autrement, jusqu'à tant que l'épanchement soit complétement résorbé.

D. Dans le but d'activer la résorption de l'épanchement, une fois la fièvre tombée et l'orgasme inflammatoire apaisé, recourir à l'application d'un vésicatoire permanent sur le côté, ou bien à des vésicatoires volans réitérés tant qu'il le faut; purgations répétées, médicamentation diurétique (132. G. ρ.).

§ II. De la Pleurésie chronique.

592. *Description sommaire de la pleurésie chronique.* — A. Distinguons d'abord les deux modes principaux suivant lesquels la pleurésie chronique peut s'établir dans l'économie.

α. Tantôt c'est d'une manière *latente*, d'une manière tout-à-fait insidieuse. Et, lorsque le malade, enfin pressé par une dyspnée de plus en plus croissante ou par je ne sais quel malaise indéfinissable, sans même éprouver encore aucun sentiment précis de gêne respiratoire, se décide à consulter un médecin, déjà l'épanchement est devenu très abondant, —en règle générale, du moins,—de sorte que l'égophonie est un phénomène très rare à rencontrer dans une telle occurrence. Le point de côté ne se montre pas du tout : il y a tout au plus quelques douleurs obscures, fugaces, qui se font sentir çà et là et ne reviennent que de loin en loin. Mais la dyspnée et la toux sont des symptômes constans; et, presque toujours, en outre, il se fait une expectoration plus ou moins considérable de crachats glaireux, quelquefois même puriformes, c'est-à-dire, en d'autres termes, que la bronchite est une complication à peu près inévitable de la pleurésie chronique. Pas n'est besoin, sans doute, de redire au lecteur tous les signes physiques (585. E.—N.) qui sont liés à

[1] Hoc namque præsidii genere in biliari pleuritide, ut ut acutæ signa incauto colluderent, plurimos repentinè prostratos, et ad septimam aut nonam è vivorum numero sublatos dolenti certè experientiâ perspeximus.

l'épanchement, et peuvent en donner, jusqu'à un certain point, la mesure. Enfin, par le progrès de la maladie, la fièvre hectique se développe peu à peu; les premières apparitions de l'état fébrile n'ont guère lieu que d'une façon intermittente et sous forme d'accès qui se produisent vers le soir, puis cet état finit par être continu; les fonctions digestives languissent et se font de plus en plus mal; amaigrissement; marasme.

β. Tantôt, au contraire, c'est *à la suite d'une acuité manifeste*, d'une acuité parfaitement caractérisée par le point de côté et l'appareil fébrile. Après la chute de la fièvre et la disparition de la douleur pongitive, le malade croit déjà toucher de bien près à la guérison, et se livre à une fausse sécurité. Eh bien, soit imprudence et indocilité de sa part, soit à cause de je ne sais quelles fâcheuses conditions intrinsèquement inhérentes à la maladie même, ou bien à sa constitution, il ne se rétablit pas, il continue à languir; bien plus, au bout d'un certain temps, il va plus mal, il va de mal en pis. Les signes physiques annoncent, à qui les interroge, que l'épanchement ne se résorbe pas, ou même qu'il augmente. La dyspnée, la toux, l'expectoration, contribuent de jour en jour à fatiguer, à épuiser le malade; et la fièvre hectique, enfin, se met aussi de la partie et mine petit à petit les forces de la vie.

B. Il importe ici de signaler un incident qui se présente quelquefois dans le cours de la pleurésie chronique : non pas qu'il appartienne exclusivement à l'état de chronicité, non pas qu'il soit absolument impossible, entièrement inouï dans l'état d'acuité, mais parce qu'il est incomparablement moins rare dans le premier cas que dans le second. Cet incident, c'est qu'un épanchement purulent vienne à se faire jour dans les voies bronchiques par suite de quelque perforation spontanée de la plèvre pulmonaire, et à se vider au-dehors par expectoration, soit en masse et sous forme de vomissement, soit petit à petit et à l'aide des simples efforts de la toux. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, cette expectoration d'un pus qui provient de la cavité pleurale n'offre pas toujours une odeur alliacée. Serait-ce que, dans les cas négatifs, la cavité pleurale reste impénétrable à l'air, en vertu de quelque disposition particulière dans les conditions anatomiques de la fistule pleuro-pulmonaire? Toujours est-il, au surplus, que l'odeur alliacée n'est pas là un signe pathognomonique; car aussi bien peut-on la rencontrer dans les crachats de la bronchite (510. C.). Quoi qu'il en soit, l'incident que je signale est un événement heureux dans une certaine proportion des cas où il a lieu. Il peut effectivement amener la guérison, alors que la nature aurait été impuissante à produire la disparition de l'épanchement par voie de résorption. Mais d'autres fois, la suppuration, ne tarissant pas dans la cavité pleurale, et ne cessant pas de faire les frais d'une expectoration plus ou moins abondante, la fièvre hectique, encore ici, conduit peu à peu le malade au tombeau.

C. Somme toute, en fait de pleurésies chroniques qui ont droit d'être réputées et qualifiées telles dans l'exacte valeur du terme, toutes et quantes fois, veux-je dire, que la maladie compte plus de soixante jours, et dépasse ainsi le maximum conventionnellement assigné à la durée d'une maladie aiguë (52), dès lors la guérison est, en vérité, une chance fort incertaine. Laënnec (t. II, p. 155) ne croyait pas qu'on pût en établir la proportion à plus de moitié des malades ; et peut-être établissait-il cette proportion trop largement. Voilà encore un point où les iatro-statisticiens n'ont qu'à se mettre à l'œuvre pour fournir une moyenne numérique plus précise et plus authentique.

D. Ceux qui meurent de pleurésie chronique ne meurent ordinairement qu'après être arrivés à la période de marasme. Assez fréquemment, toutefois, une pleurésie ou une pneumonie dans le côté jusque là resté sain, ou bien encore une anasarque, surviennent à titre de complications ultimes, et hâtent le funeste dénouement. Et, à l'égard de l'anasarque qui vient à se former en pareil cas, il est bon de remarquer qu'elle a ses commencemens dans le membre supérieur du côté affecté; et que là, et aussi dans la moitié du tronc et le membre inférieur qui appartiennent à ce même côté, elle se montre toujours plus prononcée et plus forte que dans l'autre moitié latérale de l'individu.

E. C'est particulièrement dans la pleurésie chronique que l'on rencontre, à l'autopsie, l'extrême aplatissement du poumon. Quelquefois cet organe se trouve réduit à un ou deux centimètres d'épaisseur ; à tel point que, si l'on ne savait pas bien le chercher et le découvrir sous la pseudo-membrane qui le cache, on pourrait le croire disparu et annihilé. Ce sont des cas de cette sorte qui, dans les vieux livres, se trouvent relatés à titre d'*Histoires de poumons entièrement détruits par la suppuration.*

593. *Du rétrécissement de la poitrine, comme phénomène consécutif de la pleurésie chronique.* — A. Chez les sujets qui ont survécu à une pleurésie chronique avec épanchement abondant, il est à remarquer que non seulement le côté affecté n'offre jamais ni à la percussion la même sonorité qu'auparavant, ni à l'auscultation l'intensité naturelle du bruit respiratoire (585. E. — et F. δ.), mais que, de plus, il se trouve manifestement plus étroit que le côté opposé. Si l'on mesure avec soin, à la même hauteur, le contour de l'un et l'autre côté, on trouve souvent une différence de trois centimètres et même davantage. Il y a aussi, du même côté, diminution d'étendue dans le sens de l'axe longitudinal ou vertical, les côtes sont moins espacées que de l'autre côté du thorax, et l'épaule est plus basse. Cette inégalité entre les deux côtés est si frappante qu'au premier coup d'œil on la croirait beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve en mesurant. La colonne vertébrale conserve ordinairement sa rectitude ; cependant elle contracte

quelquefois à la longue un véritable état de déviation, par suite de l'habitude que prend le malade de se pencher toujours dans le sens du côté affecté et rétréci, habitude qui donne même à sa démarche une apparence de claudication.

B. Les cas de rétrécissement très grand sont rares. Mais ceux où le rétrécissement est réel, quoique peu prononcé, quoique peu choquant à la vue, sont assez communs.

C. Une fois l'épanchement en voie de résorption, le rétrécissement de la poitrine commence, sans aucun doute, de très bonne heure, le poumon n'ayant plus, par suite d'une trop longue et trop forte compression, assez de ressort pour se dilater de manière à combler immédiatement le vide que tend à produire la diminution du liquide épanché, et pour empêcher ainsi le retrait des parois thoraciques sous la pression de l'air extérieur. Mais, dans la plupart des cas, ce rétrécissement n'est bien sensible qu'après plusieurs mois de maladie ; et quelquefois suivant Laënnec (t. II, p. 160-1), il n'atteint son dernier terme qu'au bout de deux ou trois ans, et lorsque depuis longtemps déjà l'état du malade doit être, à plus ou moins juste titre, considéré comme un état de convalescence.

D. Après que la résorption complète de l'épanchement pleurétique s'est enfin accomplie, le rétrécissement d'un côté de la poitrine est une *difformité acquise* (25), à jamais irrémédiable, mais qui n'est point incompatible avec une assez bonne santé, et, chez plusieurs personnes, existe effectivement sans la moindre apparence de maladie ou d'infirmité (18 et 26). C'est là, soit dit en passant et pour rappeler une distinction posée en *Pathologie générale*, c'est là, dis-je, un état pathologique, mais qui n'est pas toujours, tant s'en faut, un état morbide.

594. *Traitement de la pleurésie chronique.* — (290). — A. Ici encore il peut y avoir en certains cas une véritable indication d'employer les saignées, et particulièrement les saignées locales, en les réitérant même, s'il le faut, de temps à autre, mais plutôt avec une sage parcimonie dans la quantité de sang à tirer chaque fois.

B. Ce qui, avec ou sans le concours des émissions sanguines, est toujours de rigueur, c'est d'insister sur la médication révulsive. Révulsifs cutanés, principalement sur le côté affecté (vésicatoires, cautères, sétons, moxas). Purgatifs. Médicamentation diurétique.

C. Enfin, lorsque au bout de plusieurs mois, et malgré le traitement le plus rationnellement institué et le plus ponctuellement suivi, la résorption de l'épanchement ne se fait pas du tout, et que cependant la constitution du sujet n'est pas encore épuisée de fond en comble et inévitablement vouée à une fin prochaine, alors il est raisonnable de tenter une dernière chance de salut, en ouvrant une issue à l'épanchement par

l'opération de l'empyème. Laënnec, quoiqu'il avouât n'avoir jamais vu cette opération réussir en pareil cas, n'en a pas moins persisté à la recommander comme une tentative des plus rationnelles, des plus propres à justifier quelquefois l'espérance des malades et du médecin (t. II, p. 217). Et, depuis lui, M. Heyfelder et M. Sédillot (581), c'est à eux surtout qu'il faut rendre cette justice, ont vraiment mis hors de doute la réelle efficacité de la susdite opération, en nous présentant, avec le plus lumineux talent d'appréciation, des exemples authentiques de guérisons complètes et solides. Dernièrement encore, un journal allemand (*Schmidt's Jahrbücher*, année 1843, n° 4) a publié l'observation d'un cas remarquable de guérison obtenu par l'opération de l'empyème. Bien entendu, au surplus, qu'il ne faut pas vider d'un seul coup et en un seul jour la cavité pleurale, mais peu à peu, soit par le moyen de plusieurs ponctions successives, soit, ce qui vaut mieux encore, par le moyen d'une canule placée à demeure dans une incision méthodique, afin de laisser au poumon comprimé le temps de revenir par une dilatation graduelle à un volume plus ou moins rapproché de son volume normal. Je renvoie nos lecteurs à la *Pathologie chirurgicale*, pour la manière de procéder à l'opération de l'empyème. Mais je ne veux pas terminer le sujet ici en question sans réparer une omission que j'ai commise dans la thérapeutique de la pleurésie aiguë, sans dire que j'aurais déjà dû, même à l'égard de celle-ci, proclamer utile et nécessaire l'opération de l'empyème, lorsque, malgré toutes les autres ressources de l'art, l'épanchement devient et reste énorme, et menace de suffoquer le malade : tout récemment, M. Trousseau a communiqué à l'Académie de médecine, séance du 24 octobre 1843, l'observation d'une guérison presque inespérée qu'il a ainsi obtenue dans un cas semblable sur une jeune personne, fille d'un de nos romanciers les plus distingués (Michel Masson) : voir le mémoire original de ce médecin dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau et Beau*, novembre 1843.

§ III. Quelques mots sur les Pleurésies circonscrites ou partielles. (584. A.)

595. *Pleurésie interlobaire.* — Ainsi nommons-nous la pleurésie confinée dans l'une des scissures qui séparent les lobes des poumons. Lorsque les bords de ces scissures adhèrent entre eux, de manière qu'elles soient transformées en poches isolées et qui ne laissent point le liquide que l'inflammation y produit se répandre de là librement dans le reste de la plèvre, il en résulte alors nécessairement que les surfaces jusque là contiguës des lobes pulmonaires sont écartées l'une de l'autre par l'épanchement, en sorte que le poumon, refoulé sur lui-même, semble creusé dans sa propre substance. Et, pour peu que l'épanchement

ait les apparences du pus, un observateur novice ou inattentif pourrait fort bien se méprendre, et voir là, non pas ce qui est, non pas une pleurésie, mais un abcès du poumon : c'est là, au reste, un cas assez rare, et sur lequel Bayle a le premier fixé l'attention. (*Recherches sur la phthisie pulm.*, p. 15.)

596. *Pleurésie diaphragmatique.* — Pleurésie circonscrite entre la base du poumon et le diaphragme. Tantôt l'épanchement ne se trouve retenu et emprisonné que par le fait d'une adhérence uniquement limitée au bord même du poumon. Tantôt il est réduit à ne soulever qu'une partie de la base du poumon, le reste étant adhérent.

597. *Autres variétés de pleurésies partielles.* — Les pleurésies partielles peuvent sans doute se rencontrer dans tous les points de la cavité pleurale. Notons encore expressément celles qui ont leur siége dans la partie latérale ou dans la partie postérieure-inférieure de la cavité; là en effet, bien plus fréquemment encore qu'entre les lobes d'un poumon, ou qu'au-dessus du diaphragme, on rencontre des épanchemens circonscrits. Laënnec (t. II, p. 200) dit avoir rencontré quelquefois des pleurésies très peu étendues, et où l'épanchement n'était que d'une ou deux cuillerées, vers la partie supérieure d'un poumon adhérent partout ailleurs; il dit aussi en avoir trouvé de semblables entre la face interne du poumon et le médiastin. M. Andral a rapporté un cas de pleurésie assez étendue dans cette dernière situation, lequel cas simula jusqu'à un certain point l'existence d'une péricardite et fut véritablement par lui-même une cause de mort (*loc. cit.*, obs. XXIV).

598. *Remarques communes à toutes les pleurésies partielles.*—A. Le plus ordinairement, je l'ai dit et je le répète, c'est à l'existence d'adhérences anciennes qu'un épanchement pleurétique doit d'être circonscrit dans une partie de la cavité pleurale. Mais quelquefois aussi, il peut fort bien, sans cette condition-là, se trouver condamné à une pareille limitation, et voici comment : dans les pleurésies très légères, et particulièrement dans celles qui accompagnent une pneumonie, il arrive souvent qu'il n'y a d'exsudation pseudo-membraneuse que dans un certain espace, dans une certaine direction, sur les bords tranchans du poumon ou de ses scissures; or, par suite d'une telle exsudation, tandis que l'épanchement séreux est encore à peu près nul, l'agglutination des points correspondans de la plèvre costale et de la plèvre pulmonaire peut s'opérer de telle sorte qu'une partie de la cavité pleurale soit complétement cernée et isolée; et si, au bout de quelques jours, il survient une recrudescence d'orgasme inflammatoire et de sécrétion séreuse ou séro-purulente, il est assez naturel que ni l'inflammation ni l'épanchement n'aillent au-delà des limites tracées par l'agglutination dont je viens de parler.

B. Comme la pleurésie étendue à une plèvre tout entière, les pleurésies partielles peuvent affecter une marche aiguë ou chronique. Comme cette pleurésie-là, et même à bien plus forte raison, elles peuvent aussi être latentes.

C. Pour peu qu'un épanchement pleurétique, forcément circonscrit par des adhérences, soit abondant, il refoule très fortement la portion correspondante du parenchyme pulmonaire, puisqu'il ne peut s'étendre autrement. Il creuse, là, en quelque sorte, une cavité dans le poumon même, de manière qu'au premier aspect on serait tenté de croire que ce viscère est corrodé. Mais ce n'est là qu'une fausse apparence. Cette cavité, que remplit un liquide ordinairement puriforme, videz-la; enlevez la pseudo-membrane qui toujours la tapisse, et vous reconnaîtrez que le poumon est simplement refoulé, et que la plèvre même est intacte.

D. Les pleurésies partielles, en tant qu'elles existent seules et sans complication, sont, en général, un cas peu grave. La preuve en est qu'il est très rare de rencontrer ce cas dans les investigations nécroscopiques, tandis qu'il ne l'est pas du tout de rencontrer les vestiges anatomiques de la guérison de semblables pleurésies : on trouve, en effet, sur maints et maints cadavres, des adhérences anciennes qui unissent soit le diaphragme au poumon, soit les lobes de cet organe entre eux, ou bien sa face interne au médiastin, le reste de la plèvre étant parfaitement libre. Quelquefois, cependant, une pleurésie partielle peut offrir un haut degré de gravité, voire même entraîner la mort, à raison, surtout, de l'excessive quantité de l'épanchement.

E. Les épanchemens pleurétiques circonscrits sont généralement assez faciles à reconnaître, pour peu qu'ils occupent une certaine étendue. Ce qui sert à les déceler, c'est la matité thoracique, c'est l'absence du bruit respiratoire, la respiration bronchique, et surtout c'est l'égophonie. Laënnec (t. II, p. 202) assure avoir observé ce dernier signe très distinctement dans des cas où l'épanchement partiel n'était que de quelques *onces* de liquide. M. Andral l'a rencontré à la partie antérieure de la poitrine, dans un cas où un épanchement assez considérable se trouvait renfermé entre le diaphragme, la base du poumon et le médiastin, de manière que le poumon était repoussé en arrière (*loc. cit.*, — obs. XXXII). Toutefois, quand l'égophonie n'existe pas et qu'il n'y a pas eu, au début de la maladie, un point de côté, il n'est guère facile, en vérité, de diagnostiquer sûrement un épanchement pleurétique partiel,—de le distinguer, par exemple, d'avec une tumeur squirrheuse, ou autre, développée dans le tissu pulmonaire ou dans la plèvre.

ARTICLE XXXIV.

PÉRICARDITE.

(Modern., — de Περικάρδιον, péricarde.)

(Voir nos 303-4.)

599. *Bibliographie.* — SÉNAC. — (*Traité des maladies du cœur.* Paris, 1778, 2 vol. in-12.) Voir t. Ier, chap. II et IV.

CORVISART. — (*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.* Première édition, Paris, 1806, in-8°: avec le nom de Horeau, comme rédacteur de cet ouvrage d'après les leçons cliniques de l'illustre médecin de l'Empereur. — IIe édit., 1811; mais le nom de Horeau n'y était déjà plus. — IIIe édit., 1818.) — Voir Ire classe, *Affections des enveloppes membraneuses du cœur*, chap. Ier.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIIe partie, sect. II, chap. 21, *De la péricardite.*

LOUIS. — (*Mém. ou Recherches anatomico-path.* — Pag. 253-300.) Ve mémoire : *De la péricardite.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. III, p. 2-43.)

HOPE. — (*A treatise on the diseases of the heart and great vessels and on the affections which may be mistaken for them.* — Ire édit. Londres, 1832, in-8°. — IIIe édit., 1839.) — Part. II, chap. I, *On Pericarditis.*

BOUILLAUD. — (*Traité clin. des mal. du cœur.*) — T. Ier, p. 348-574. (De la péricardite et de ses suites.)

CHOMEL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XXIII, — art. *Péricarde.*) § III. *Péricardite.* — Pag. 472-89.

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhumatisme.*) Voir le passage, p. 187-205, où se trouve examinée la question de la péricardite rhumatismale.

PIGEAUX. — (*Traité pratique des maladies du cœur.* Paris, 1839, in-8°.) — Pag. 124-213 (péricardite aiguë); — p. 214-58 (péricardite chronique).

GENDRIN. — (*Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères.* Recueillies et publiées sous ses yeux par MM. Colson et Dubreuil-Hélion. T. Ier. Paris, 1841-2, in-8°.) XVe-XXIe leçons (*Des péricardites*).

ARAN. — (*Manuel pratique des malad. du cœur et des gros vaisseaux.* Paris, 1842, in-12.) IIe partie, Ire classe, chap. I, *De la péricardite.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. Ier, p. 200-17.)