

par le professeur Gregory ; l'odeur était due à la présence de méthylamine avec les acides butyrique et acétique.

Dans cette observation, qui offre tant d'analogies avec celles des auteurs, et qui rentre si bien dans le tableau que nous avons tracé, l'odeur est due à une altération chimique, et la dégénérescence semble n'avoir qu'une relation douteuse avec la gangrène véritable. Mais même au point de vue chimique, les conclusions doivent être extrêmement réservées, car, dans un autre cas où, le malade ayant succombé, l'autopsie décèle la présence d'une cavité remplie de détritits gangréneux, l'analyse chimique avait fait reconnaître dans les crachats la présence des mêmes éléments et en particulier de l'acide butyrique.

En résumé, il paraît exister une affection gangréneuse qui se limite soit aux parois des bronches, soit à leur contenu, qui se rapproche par plusieurs symptômes de la gangrène pulmonaire circonscrite, qui en diffère par sa marche, par l'abondance et la nature de l'expectoration et surtout par la bénignité relative ; affection sur laquelle l'examen stéthoscopique ne fournit que des données insuffisantes, et qui guérit spontanément ou qui cède à quelques préparations anticatarrhales.

(*Archives générales de médecine*, 1857.)

LES PLEURÉSIES.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Faisans.)

Messieurs,

La pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre. En dépit de sa forme paradoxale, cette proposition est d'une vérité absolue, à condition que l'on entende par là que l'altération de la plèvre n'est jamais le fait primitif. Cela revient à dire, en somme, que toute pleurésie est secondaire.

On a cru longtemps que toutes les fois qu'il existait une maladie grave de la tête, de la poitrine ou du ventre, il s'agissait d'une inflammation des séreuses qui tapissent les organes contenus dans ces cavités. Et même cette croyance constituait un progrès réel sur une opinion plus ancienne qui, négligeant complètement le côté inflammatoire de l'affection, faisait consister toute la maladie dans le seul épanchement.

Voyez ce qui s'est passé pour la méningite tuberculeuse : avant de porter ce nom, elle s'est appelée tour à tour hydrocéphale et arachnitis cérébrale ; aujourd'hui que l'on connaît mieux l'anatomie pathologique de cette affection et que l'on sait la part que prend au processus méningitique la substance nerveuse sous-jacente, on est en droit de se demander si la lésion des méninges ne doit pas céder le pas à celle du cerveau, et s'il n'y a pas lieu de changer encore une fois le nom de cette maladie.

Il en est ainsi de la plupart des séreuses. Plus on a fouillé dans leur pathologie, plus on s'est convaincu que ces mem-

branes de revêtement, organes passifs par excellence, ne font que subir le contre-coup des altérations éprouvées par les parenchymes qu'elles recouvrent.

La séreuse péritonéale ne se comporte pas toujours à la manière des autres, ou du moins la démonstration n'en est pas aussi aisée. Cela tient peut-être à son étendue considérable, à la multiplicité et à la variété des organes et des tissus avec lesquels elle est en contact. Et puis, épithélium à part, elle présente des particularités de structure dont il est indispensable de tenir compte. L'assimilation des séreuses entre elles, au point de vue de la pathologie, est une erreur et une faute.

Ces notions générales sur les altérations des séreuses trouvent dans l'histoire de la pleurésie leur application la plus immédiate et aussi leur démonstration la plus éclatante. Et remarquez que ces notions impliquent des conséquences pratiques d'un grand intérêt, car, en pareille matière, la conduite du médecin dépend forcément de l'idée qu'il se fait de la succession et de la subordination des accidents : s'il croit que la séreuse a été primitivement atteinte, c'est elle qu'il doit viser dans sa médication ; dans le cas contraire, il doit passer outre, et s'adresser directement à l'organe qui lui paraît assumer la plus grande part de responsabilité.

Il existe trois espèces de pleurésie :

La première est celle que j'appelle la *pleurésie costale*, ou *pleurésie fibreuse*. L'altération siège primitivement dans le tissu fibreux sous-pleural. Dans cette pleurésie le poumon n'a rien à voir, du moins comme *primum movens*.

La seconde est la *pleurésie viscérale* ou *pulmonaire*. La plèvre n'y est envahie que consécutivement à une maladie du poumon.

La troisième espèce qu'il est nécessaire d'admettre parce qu'elle ne rentre franchement ni dans l'une ni dans l'autre des précédentes, est une affection pleurale d'une interprétation extrêmement difficile ; elle appartient peut-être autant à l'hydrothorax qu'à la pleurésie proprement dite.

La pleurésie fibreuse est celle que l'on désigne sous le nom de

pleurésie rhumatismale, et cette dénomination est fort juste. Rien n'est plus commun, en effet, que d'observer la pleurésie chez des sujets rhumatisants, soit au cours du rhumatisme articulaire, soit en dehors de lui, et toujours elle s'y présente avec son type particulier. Quelque idée que l'on se fasse du rhumatisme, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a dans cette maladie aux allures si mobiles, aux déterminations si variées, un je ne sais quoi qui se promène librement dans l'organisme malade, hantant de préférence les articulations, mais faisant souvent des excursions sur d'autres points du corps. Eh bien ! ce je ne sais quoi peut s'arrêter quelque temps sur la plèvre, et on doit admettre un rhumatisme pleural au même titre que l'on admet un rhumatisme cérébral.

Mais il y a une autre raison qui légitime l'existence de la pleurésie rhumatismale, c'est que le processus anatomique de cette pleurésie est absolument identique à celui de la fluxion rhumatismale des jointures : les mêmes tissus sont envahis dans les deux cas, et ils le sont dans le même ordre.

Que se passe-t-il dans le rhumatisme des articulations ?

Pour que l'analyse des phénomènes soit fructueuse, et pour qu'elle soit possible, il faut examiner l'articulation rhumatisée non pas plusieurs jours après le début de la maladie, alors que la synoviale est distendue par un épanchement, mais bien au premier jour, à la première heure, au moment même où le malade commence véritablement à souffrir : dans ces conditions, ce n'est pas une douleur diffuse que l'on constate, mais un certain nombre de points douloureux circonscrits. Ces points douloureux, loin de siéger au niveau de l'interligne articulaire ou d'être en rapport avec telle ou telle partie plus facilement accessible de la synoviale, correspondent aux insertions musculaires et sont toujours les mêmes pour une même articulation.

La pression directe n'est pas le seul moyen de mettre ces points douloureux en évidence. Car toutes les fois que le malade fait un mouvement et contracte ses muscles, il éprouve

une douleur tellement cruelle qu'il refuse de recommencer le même effort, et qu'il se condamne de lui-même à l'immobilité. Mais s'il est assez intelligent ou s'il a assez de sang-froid pour analyser ses sensations, c'est aux insertions tendineuses qu'il rapporte infailliblement ses douleurs.

Cela est si vrai que le médecin peut imprimer les mouvements les plus variés et les plus étendus au membre du malade sans que celui-ci en éprouve la moindre gêne, à la condition expresse qu'il reste purement passif et qu'il n'essaye pas de résister à ces manœuvres, la moindre contraction musculaire ayant pour effet de tirailler le tendon et de provoquer une vive douleur.

Tout cela prouve évidemment que, dans les premières heures du rhumatisme, le mal ne siège point dans l'articulation même, mais en dehors d'elle, dans les tissus fibreux périarticulaires. Ce n'est que plus tard que les choses changent d'aspect. En même temps que la fièvre s'allume, le processus inflammatoire s'accroît et gagne les tissus voisins, la douleur s'étend et se généralise, l'épanchement se forme, et le malade a, si l'on veut, la *pleurésie de son articulation*.

Revenons maintenant à la pleurésie et voyons comment elle procède.

Commence-t-elle par un frisson et par de la fièvre? Est-elle signalée dès son origine, comme l'est presque toujours la pneumonie, par cet état général qui, avant tout indice d'une affection locale, dénonce la participation immédiate du malade à la maladie, et donne la mesure de cette participation?

Nullement. — Le phénomène fondamental du début, c'est la douleur. Puis le côté phlegmasique de l'affection se dégage, la fièvre apparaît. Mais ceci marque, pour ainsi dire, une seconde étape dans cette période de formation de la maladie.

Ainsi, à ne considérer que l'ordre chronologique des symptômes du début, il y a identité absolue entre le rhumatisme de la plèvre et celui des articulations.

Le point de côté est extrêmement douloureux et porte la

caractéristique la mieux accusée de la douleur costale. On a eu tort de le considérer comme une névralgie, car il ne présente aucun des caractères de cette affection. Loin d'être circonscrite à deux ou trois points invariables d'un seul espace intercostal, la douleur existe au même degré dans deux, trois ou quatre espaces. Elle s'exagère, il est vrai, par la pression; mais les points maxima n'ont aucune relation nécessaire avec le lieu d'émergence des filets nerveux. Bien mieux que par la pression, elle est exagérée par les mouvements du malade, par les fortes inspirations, en d'autres termes par tous les actes qui sollicitent l'intervention des muscles thoraciques. Il s'agit là bien évidemment d'une douleur de la paroi, et la meilleure preuve, c'est qu'elle disparaît presque complètement lorsqu'on immobilise le thorax par un bandage de corps très serré.

De cette douleur si spéciale, il n'y a, selon moi, qu'une interprétation possible: il faut admettre qu'elle a son siège dans le tissu fibreux si abondant qui tapisse la face profonde de la cavité thoracique et qui forme au-dessus de la plèvre pariétale une surface nacréée presque continue.

Si l'on ausculte le malade quelques instants après le début de son point de côté, on ne trouve encore rien dans sa poitrine; mais après un laps de temps qui varie de six à vingt-quatre heures, l'épanchement s'est formé. Celui-ci est reconnaissable aux signes ordinaires des épanchements pleuraux; toutefois on peut dire que dans aucune pleurésie le souffle voilé et l'égo-phonie ne se rencontrent avec le degré de netteté qu'ils présentent dans cette variété. De plus l'épanchement prend une disposition topographique qui appartient en propre à la pleurésie rhumatismale.

La caractéristique de cette pleurésie éminemment inflammatoire est de donner lieu d'emblée à une exsudation néomembraneuse qui limite le liquide et qui l'enkyste au fur et à mesure qu'il se répand dans la cavité pleurale. Ainsi se collecte à la partie postérieure du thorax un épanchement dont la forme et la situation sont invariables, quelle que soit la position

du malade. C'est ce que j'appelle quelquefois la *pleurésie en galette*, par opposition à la *pleurésie tournante* qui est susceptible d'envahir indifféremment toutes les régions de la poitrine, et dans laquelle l'épanchement, n'étant contenu par aucune barrière, obéit nécessairement aux lois de la diffusion des liquides.

L'épanchement une fois formé n'acquiert pas d'ordinaire un volume bien considérable ; il reste quelque temps stationnaire, puis décroît, et sa décroissance rappelle par sa rapidité celle de la fluxion articulaire du rhumatisme. Tout a disparu après une durée totale de trois à huit jours, et la guérison survient, à moins que l'autre côté ne se prenne à son tour. De fait la bilatéralité est tellement fréquente qu'elle constitue presque la règle ; cela crée une affinité de plus entre cette forme de pleurésie et le rhumatisme articulaire.

Telle est la pleurésie qui survient au cours du rhumatisme articulaire aigu. J'ai déjà dit qu'elle peut, sans cesser d'être rhumatismale, se montrer en dehors de toute manifestation articulaire. Dans ces conditions, elle est en général un peu plus longue dans toutes les phases de son évolution ; mais, à cette différence près, elle obéit aux mêmes lois. C'est la même succession des phénomènes du début, c'est la même disposition topographique de l'épanchement, et, de même que le liquide transsude beaucoup plus rapidement que dans toute autre pleurésie, il se résorbe aussi plus vite.

La maladie guérit complètement, sans même laisser après elle d'adhérences notables. La seule chose qui reste est la rétraction du côté. Cette rétraction, qui est quelquefois considérable et dont l'interprétation pathogénique reste encore à trouver, s'accompagne en général d'une atrophie de presque tous les muscles thoraciques, y compris les pectoraux et le trapèze, atrophie identique à celle qui atteint les muscles péri-articulaires lorsque le rhumatisme s'est fixé pendant un certain temps sur une articulation, et alors même qu'il ne s'agit pas du rhumatisme déformant.

En fait de malaise général, on n'observe, dans la pleurésie rhu-

matismale, rien de plus et rien de moins que ce que l'on peut observer dans le rhumatisme articulaire lui-même. Elle donne quelquefois une fièvre vive ; mais celle-ci est sans profondeur et sans durée. La langue est blanche, comme si elle était couverte de crème ; c'est la langue caractéristique des rhumatisants.

Il n'y a rien à dire du diagnostic de cette pleurésie qui est des plus faciles, ni de son pronostic qui est des plus bénins. La maladie n'appelle d'intervention qu'à cause de la douleur ; encore celle-ci disparaît-elle spontanément au bout de deux ou trois jours.

Telle est la pleurésie rhumatismale. Vous voyez qu'elle n'est pas sans analogie avec les affections articulaires de même nature. Cette analogie de la pathologie pleurale avec la pathologie articulaire peut être poussée plus loin ; et si au rhumatisme des articulations, affection fibreuse, on peut opposer la pleurésie rhumatismale, on pourra aussi à l'hydarthrose opposer l'hydrothorax, et mettre certaines formes de pleurésies que nous appellerons centrifuges en parallèle avec certaines variétés d'arthrite.

Comme l'hydarthrose, l'*hydrothorax* est une manifestation indolore. Contrairement à ce qui se produit dans la pleurésie rhumatismale, nous voyons ici l'épanchement ne plus rester limité à la partie postérieure, mais gagner aussi la région antérieure de la poitrine ; c'est une pleurésie *tournante*.

Sans secousses, sans révolte de l'organisme, sans réaction bien marquée, l'hydrothorax amène à la longue une altération générale de la santé. L'enfant, — car c'est chez eux surtout que cela se produit, et c'est chez un enfant de 11 ans que Trousseau a fait, avec mon assistance, la première thora-centèse, — l'enfant tousse un peu, très peu, quelquefois pas du tout. Effrayés d'un amaigrissement souvent rapide, de la perte des forces, de la pâleur de la face, de l'essoufflement facile, de l'absence d'entrain et de la disparition de l'appétit, les parents consultent un médecin, et celui-ci découvre qu'un des côtés de la poitrine est absolument mat et quelquefois considérablement développé. A l'auscultation : pas de souffle, pas d'é-

gophonie; absence complète du murmure respiratoire; c'est le silence dans toute sa pureté, avec quelquefois une respiration complémentaire sous la clavicule.

Existe-t-il une affection rhumatismale de cet ordre? je ne saurais vous le dire.

Nous arrivons maintenant à un troisième type de pleurésie et que je proposerais d'appeler *pleurésie centrifuge*. Elle vient du poumon et, comme les arthrites, elle a la propriété de suppurer rapidement.

Cette pleurésie diffère de la première en ce qu'elle n'est pas née dans le tissu fibreux; elle diffère de la seconde en ce qu'elle n'est pas née dans le tissu séreux.

Il y a un monde entre cette pleurésie et les autres.

On peut dire d'une façon générale que toute affection pulmonaire a pour conséquence une pleurésie. Il n'existe pas de pneumonie sans participation de la plèvre. La majorité des bronchites aiguës s'accompagne de pleurésie. Dans ces cas, la pleurésie passe à peu près inaperçue; on n'en tient que très peu de compte; elle est légère.

Quelle est la caractéristique de ces pleurésies? Elles sont très modérément inflammatoires; la douleur y fait presque complètement défaut, et s'il s'en produit, ce n'est que lorsque, dans une période avancée, l'épanchement arrive à déterminer la distension d'un côté du thorax.

La fièvre est moyenne, et n'a rien de caractéristique. Il est difficile de déterminer l'appoint qu'apporte cet épanchement au sujet de la toux.

Toujours tournant, cet épanchement est caractérisé par une légère égophonie existant pendant peu de temps; quelquefois elle est intermittente, et après l'avoir constatée un jour, on remarque que le lendemain elle fait défaut, et qu'elle se reproduit le surlendemain. Quand l'épanchement est suffisamment abondant, on trouve de la matité, mais il est rare qu'elle atteigne des proportions aussi considérables que dans la forme précédente.

Dans certains cas, la pleurésie rentre manifestement dans le

type que nous décrivons actuellement, et cependant on ne trouve aucun signe d'affection pulmonaire; malgré cela on peut affirmer une pleurésie rhumatismale chez un individu qui pourtant n'a pas actuellement de rhumatisme.

Ces pleurésies centrifuges laissent en général beaucoup moins de traces après elles que les pleurésies rhumatismales.

Si toute affection pulmonaire détermine une manifestation pleurale, la réciproque n'est pas vraie, et l'on n'est pas en droit d'affirmer que toute pleurésie provoque une inflammation pulmonaire. Cependant dans la pleurésie rhumatismale le malade tousse et crache, et l'expectoration est constituée par des crachats blancs, filants, assez analogues à de la salive.

Quelle est la cause de cette expectoration? C'est là un problème difficile, et que je ne saurais résoudre.

Enfin, Messieurs, laissez-moi vous dire qu'en parlant des formes pulmonaires de la pleurésie, j'ai laissé de côté les pleurésies prémonitoires de la tuberculose, dont la pathogénie nous échappe et dont l'histoire clinique est encore à faire.