

minée par la gêne que l'abondance de l'épanchement met à l'hématose.

Mais on peut observer encore un autre mode de terminaison, c'est la *mort subite*. On note parfois auparavant quelques symptômes particuliers : accès de dyspnée, syncope prémonitoire, pouls irrégulier, déviation cardiaque, bien que souvent la mort soit survenue au milieu des apparences les plus satisfaisantes, généralement à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort. On a observé cet accident dans les pleurésies les plus diverses, autant et plus souvent dans les pleurésies droites que dans les gauches, alors même que l'épanchement était moyen, stationnaire ou en retrait (Weill), ou encore qu'il n'y avait pas de liquide du tout (Talamon). On a attribué la mort subite dans la pleurésie à de simples troubles fonctionnels, comme la syncope grave, à des troubles mécaniques, comme la déviation du cœur, la torsion des vaisseaux (Chomel, Trousseau), une courbure de la veine cave ascendante (Bartels, Fräntzel), la compression du cœur (Lichtheim), à des embolies capillaires du cerveau (Vallin). M. Weill pense qu'on peut invoquer de préférence certaines lésions, telles que des thromboses ou des embolies du cœur et de l'artère pulmonaire, un œdème du poumon du côté opposé à la pleurésie, certaines altérations du myocarde : myocardite scléreuse, désintégration segmentaire de Renaut et Landouzy, ou dégénérescence graisseuse.

**Complications.** — M. Potain a insisté sur la fréquence de la congestion du poumon refoulé par le liquide et même du poumon sain. Le champ de l'hématose se trouve ainsi considérablement réduit et la terminaison peut devenir fatale. La péricardite peut assez fréquemment compliquer et aggraver la pleurésie. Enfin, on constate, à titre exceptionnel, des abcès péripleurétiques qui siègent dans la paroi thoracique du côté de l'épanchement. Ce sont des abcès chauds ou froids, suivant la cause de la pleurésie. M. Duplay pense qu'ils sont le résultat d'une périostite costale, développée sous l'influence de la pleurésie. M. Desplats<sup>1</sup> signale des atrophies précoces des muscles de la poitrine et de l'épaule.

**Variétés.** — L'évolution de la pleurésie peut prendre un aspect différent suivant l'âge du malade, suivant la région de la cavité pleurale affectée, suivant la cause qui lui donne naissance.

*Pleurésie des vieillards.* — Elle prend rarement une allure franchement aiguë et se montre exceptionnellement comme affection isolée ; elle succède souvent aux foyers apoplectiques et il s'agit presque toujours d'un épanchement pleurétique masqué par une affection

1. *Semaine médic.*, 18 avril 1885.

pulmonaire, un mal de Bright ou une lésion cardiaque. Elle est insidieuse, latente, n'élevant pas la température au-dessus de 38°5, éveillant peu de troubles fonctionnels ; les signes physiques sont les mêmes que chez l'adulte. Elle évolue lentement en sept ou huit semaines et se termine souvent par la mort.

*Pleurésie des enfants.* — La pleurésie est exceptionnelle chez le nouveau-né et dans la première enfance, elle devient plus fréquente à partir de six ans. Chez les tout jeunes enfants, les symptômes sont peu nets ; la matité n'est guère appréciable que dans les grands épanchements ; la respiration s'affaiblit, puis devient soufflante. Chez les enfants plus âgés, les signes fonctionnels sont peu accusés ; le point de côté fait défaut ou disparaît rapidement, l'oppression et la toux sont nulles. Les signes physiques sont les mêmes que chez l'adulte, la dilatation thoracique est particulièrement marquée dans les grands épanchements. Il faut noter, comme particularités, que le bruit de frottement est très rare, que l'égophonie ne s'observe presque jamais avant l'âge de sept ans et qu'elle dure à peine trois ou quatre jours ; elle est remplacée par de la bronchophonie. La pleurésie séreuse aiguë des enfants est une affection bénigne et se termine en huit ou quinze jours par la guérison.

*Pleurésie double.* — Elle ne se distingue que par l'envahissement généralement successif des deux plèvres. Le point de côté reste presque toujours unilatéral. La fièvre est plus élevée que lorsqu'une seule cavité pleurale est envahie. La pleurésie double se termine souvent par la mort ; si elle guérit, ce n'est que très lentement, en laissant après elle des déformations profondes.

*Pleurésie diaphragmatique.* — Lorsque l'inflammation se limite exactement à la plèvre diaphragmatique, les signes fonctionnels prennent une importance considérable. La pleurésie diaphragmatique est rarement double. Le malade assis sur son lit, penché en avant, la main appuyée sur le thorax, est en proie à une fièvre intense et à une orthopnée convulsive, causée par une douleur de côté violente, irradiant le long des cartilages costaux, dans l'épaule et dans l'hypochondre. Le facies est grippé, anxieux (rire sardonique des anciens). On constate souvent en même temps du hoquet, des nausées, des vomissements et du ballonnement de l'estomac ; quelquefois de l'ictère, quand la pleurésie est à droite. Le diaphragme, comme paralysé, reste immobile ainsi que l'épigastre pendant l'inspiration.

On exaspère la douleur en refoulant le diaphragme de bas en haut avec la main. A l'épigastre la pression éveille une douleur angoissante au point d'intersection de la ligne qui prolonge le bord externe du sternum et de celle qui fait suite à la partie osseuse

de la dixième côte ; c'est le *bouton diaphragmatique* de Gueneau de Mussy. La pression est encore très douloureuse entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien sur le trajet du nerf phrénique. On peut constater l'effacement de l'échancrure costo-iliaque, un certain degré d'abaissement de la douzième côte, du foie ou de la rate. La percussion et l'auscultation ne donnent pour ainsi dire pas de renseignements ; c'est à peine si l'on trouve une matité très limitée, un peu d'affaiblissement de la respiration, quelques râles sous-crépitaux à la base.

Cette variété de pleurésie peut rapidement déterminer la mort par asphyxie ou beaucoup plus rarement par péritonite consécutive à une perforation de la cavité péritonéale. Parfois la pleurésie reste enkystée entre la base du poumon et le diaphragme, et l'épanchement, généralement purulent, s'évacue soit à l'extérieur sous forme de vomique, soit dans la grande cavité pleurale ; dans ce dernier cas, le malade éprouve immédiatement un soulagement considérable. La pleurésie guérit alors presque toujours.

On a décrit une forme latente et une forme atténuée de la pleurésie diaphragmatique n'offrant pas d'intérêt particulier.

*Pleurésie enkystée.* — Le liquide peut rester accumulé en un point de la plèvre, entouré de fausses membranes qui l'enkystent, soit qu'elles se développent en même temps que le liquide, soit qu'elles constituent le reliquat d'une pleurésie ancienne. Quel que soit le siège de la pleurésie enkystée, on retrouve tous les symptômes physiques de la pleurésie, mais seulement au niveau du point où le liquide s'est épanché, tandis qu'ils font défaut partout ailleurs. La cavité peut être cloisonnée, la pleurésie est alors *multiloculaire* ; on sait comment la palpation peut aider au diagnostic. Dans la pleurésie *aréolaire*, le liquide généralement gélatiniforme est enfermé dans une multitude de petites loges. Le diagnostic se fait par les ponctions répétées, qui ne donnent à chaque fois que quelques gouttes de liquide.

*Pleurésies interlobaire et médiastine.* — Lorsque l'épanchement reste enfermé dans la plèvre interlobaire ou dans la plèvre médiastine, la pleurésie est bien difficile à reconnaître. La fièvre, l'oppression se retrouvent ici, comme dans toutes les pleurésies, mais les signes physiques font presque absolument défaut. C'est à peine si l'existence d'une zone mate et non vibrante, siégeant à la hauteur de la scissure du poumon et suivant sa direction, alors qu'au-dessus et au-dessous la sonorité et les vibrations restent normales, peut faire soupçonner une pleurésie interlobaire. Quant à la pleurésie médiastine, le seul signe de quelque valeur qu'elle présente est une douleur profonde, rétro-sternale, exaspérée par les mouvements respiratoires.

Ces pleurésies sont presque toujours purulentes. Il est de règle que l'épanchement se vide dans les bronches, et bien souvent c'est la vomique qui vient révéler une pleurésie qu'on ne soupçonnait pas. La pleurésie interlobaire siège plus fréquemment à droite qu'à gauche (voir les *Pleurésies purulentes*).

Les *pleurésies pulsatiles* sont rarement séro-fibrineuses ; elles seront décrites avec les pleurésies purulentes.

Quelle que soit la cause première de la pleurésie aiguë, elle reproduit fidèlement le tableau que nous en avons tracé. Il faut cependant faire une exception pour les épanchements produits par le rhumatisme.

*Pleurésie rhumatismale.* — Elle survient au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, rarement d'un rhumatisme musculaire ; parfois elle précède la fluxion articulaire de plusieurs jours. En même temps qu'une fièvre vive, se déclare brusquement une douleur violente occupant tout un côté de la poitrine ; elle persiste pendant toute la pleurésie, sans toux ni expectoration, mais souvent avec une dyspnée très marquée. L'épanchement apparaît soudain et peut en quelques heures acquérir un volume considérable. En revanche, la résolution peut se faire en trois ou quatre jours, tandis qu'une poussée inflammatoire nouvelle se produit au niveau de la plèvre voisine. Ce qui caractérise la pleurésie rhumatismale, c'est sa mobilité, la rapidité et l'irrégularité de son évolution. En général, la guérison est rapide et complète, sauf lorsqu'elle se complique de péricardite, ce qui est assez fréquent, surtout chez les enfants. Cependant elle ne se montre pas toujours ainsi et elle peut rester latente au point qu'on ne découvre l'épanchement que par hasard.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la pleurésie aiguë doit être établi sur la constatation des signes physiques. Ceux-ci ne font défaut que dans la *pleurésie diaphragmatique*, aussi est-il souvent difficile de la distinguer des différents *points de côté* et des diverses *affections douloureuses de l'abdomen*, si l'on ne tient grand compte du siège spécial des points douloureux au niveau de l'épigastre et sur le trajet du nerf phrénique au cou.

Dans la *pleurésie sèche*, le frottement est le signe caractéristique ; mais il est aisé de le confondre avec certaines crépitations pulmonaires, certains râles secs ; dans les cas difficiles, il faut se souvenir que les râles éclatent dès le début de l'inspiration, tandis que le frottement, plus tardif, ne commence à se faire entendre qu'à la fin de l'inspiration (Grancher). On a signalé des pleurésies sèches précordiales, produisant un frottement pleural isochrone aux battements du cœur et persistant malgré l'arrêt de la respiration, tout comme un frottement péricardique ; cependant ce frottement pleural est simple

et non double à chaque révolution cardiaque; il diminue ou disparaît après une inspiration profonde et s'exagère pendant l'expiration. Dans le cas de *fracture de côte*, l'auscultation peut révéler un bruit analogue au frottement pleural; mais, en palpant la région en même temps qu'on fait tousser le malade, on sentira la crépitation osseuse caractéristique.

La *pleurésie avec épanchement*, d'un diagnostic très facile lorsque les signes physiques sont bien caractérisés, peut cependant être confondue avec un certain nombre d'affections. Dans la *pneumonie*, qui présente plus d'un symptôme analogue, la température est plus élevée, la matité est moins complète, les vibrations sont exagérées et surtout on constate des râles crépitants et des crachats rouillés. Quand le poumon est hépatisé derrière l'épanchement, il est bien difficile d'établir le diagnostic de la double lésion, si, en même temps que les signes physiques de la pleurésie, il n'y a pas l'expectoration caractéristique de la pneumonie.

La *pneumonie massive* de Grancher, où il y a obstruction complète des grosses et des petites bronches par la fibrine, se révèle par une matité étendue avec abolition des vibrations thoraciques et de tout bruit au niveau du poumon atteint. Comme en même temps le malade ne crache pas, le diagnostic avec la pleurésie ne peut être basé que sur des présomptions fournies par la marche rapide de la maladie et l'élévation de la température.

La forme de congestion pulmonaire à laquelle M. Grancher a donné le nom de *spléno-pneumonie* peut reproduire tous les symptômes de la pleurésie. On reste souvent dans le doute; cependant la probabilité en faveur de la spléno-pneumonie est très grande, lorsqu'on trouve associés plusieurs des symptômes suivants: expectoration gommeuse, schème de Grancher n° 2, crépitation fine de la base pendant la toux, réapparition graduelle des vibrations, persistance de l'espace de Traube, absence de déviation sternale, frottements pleuraux à la base, décubitus sur le côté sain.

Dans quelques cas, surtout chez les enfants, une *infiltration tuberculeuse générale* d'un poumon avec matité absolue et diminution du murmure vésiculaire peut faire croire à un épanchement pleural. L'exagération des vibrations chez l'adulte peut révéler la nature de la lésion; mais chez l'enfant ce signe n'existe pas et le diagnostic est à peu près impossible.

L'*hydrothorax* a des symptômes physiques, identiques à la pleurésie, mais l'absence complète de signes fonctionnels, la constatation fréquente d'une hydropisie générale, mettront sur la voie du diagnostic. A vrai dire, l'hydrothorax est plus souvent méconnu qu'il n'est confondu avec la pleurésie.

Dans la *péricardite* avec épanchement, on ne perçoit pas de souffle, les bruits du cœur sont éloignés et non déplacés.

Les *tumeurs intra-thoraciques* peuvent simuler la pleurésie. Le cancer surtout peut donner lieu à des signes physiques très analogues; on tiendra compte du teint cachectique du malade, des crachats gelée de groseille et du développement des ganglions sus-claviculaires.

Dans les *tumeurs de l'abdomen* (tumeurs du foie, etc., surtout kystes hydatiques), les symptômes sont exclusivement abdominaux au début, la marche de l'affection est très lente. La ligne de matité est fortement convexe en haut et se continue en bas avec celle du foie qui est très abaissé.

Lorsqu'il y a des signes pseudo-cavitaires dans la pleurésie, on pourrait croire à l'existence d'une *caverne pulmonaire*; mais ces signes ne se rencontrent guère qu'à la base dans la pleurésie, ils s'accompagnent d'affaiblissement des vibrations vocales, et l'expectoration fait généralement défaut, phénomènes peu en rapport avec l'existence d'une cavité pulmonaire.

Chaque fois qu'il y a doute sur l'existence ou la nature d'un épanchement, il ne faut pas hésiter à pratiquer une *ponction exploratrice* en s'entourant de tous les soins antiseptiques indispensables. L'étude bactériologique du liquide ainsi recueilli, faite au moyen de l'examen microscopique, des cultures et de l'inoculation à des animaux, pourra d'ailleurs donner de précieux renseignements sur la cause même de la pleurésie, que l'on pourra déjà soupçonner, grâce aux antécédents du malade, à son état général, à la coïncidence de certaines lésions (pneumonie, tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, génitale, cutanée, fluxions rhumatismales, etc...).

Quant au diagnostic de la quantité du liquide épanché, on en trouve les éléments dans la description donnée plus haut des signes physiques.

**Pronostic.** — Le pronostic de la pleurésie aiguë est très variable; il est en rapport avec l'âge du malade, le siège de l'inflammation, la quantité du liquide, l'état des poumons, la coexistence des complications et surtout la cause qui a provoqué l'exsudat. Alors même que l'affection est guérie, il ne faut pas oublier qu'elle n'est bien souvent que la première manifestation d'une tuberculose latente, prête à se réveiller à la moindre occasion. En outre, elle laisse parfois après elle des adhérences persistantes, qui sont l'origine de troubles variés.

M. BOULAY et H. BOURGES.