

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.

PLEURÉSIES CHRONIQUES

Elles sont sèches, séro-fibrineuses, hémorrhagiques ou purulentes. Ces deux dernières variétés seront étudiées en même temps que leur forme aiguë.

PLEURÉSIE CHRONIQUE SÈCHE

Elle survient d'emblée ou bien succède à une pleurésie aiguë dont l'exsudat séro-fibrineux, hémorrhagique ou purulent s'est résorbé. Dans tous les cas, la pleurésie chronique sèche est constituée lorsque des adhérences se sont définitivement établies entre les deux feuillets de la plèvre sur une plus ou moins grande étendue : c'est une pleurésie adhésive.

Ces adhérences ont pour origine les bourgeons de tissu embryonnaire qui, dans toute pleurésie, se développent au-dessous des fausses membranes, à la surface de la séreuse. Si, au lieu de rester à l'état d'ébauche, ces néoformations se développent et se prolongent dans la couche fibrineuse, elles arrivent bientôt au contact des bourgeons analogues fournis par le feuillet opposé et se soudent à eux, dès que la résorption du liquide le leur permet. Les vaisseaux de ces deux ordres de bourgeons se rencontrent et s'abouchent, établissant ainsi une anastomose entre les vaisseaux broncho-pulmonaires et intercostaux. A mesure que le dépôt fibrineux se résorbe, le tissu embryonnaire s'organise et se transforme en tissu conjonctif adulte et, à un moment donné, une néo-membrane s'est substituée à la pseudo-membrane qui lui a en quelque sorte servi de guide et de soutien dans son développement.

Suivant qu'elles sont partielles ou généralisées, les adhérences offrent des caractères anatomiques et des symptômes différents.

Adhérences partielles.

Anatomie pathologique. — Elles sont très communes et se rencontrent chez la plupart des sujets à l'autopsie.

Elles se présentent tantôt sous l'aspect de plaques fibreuses réunissant intimement les deux feuillets de la séreuse, tantôt sous celui de filaments ou de brides tendus d'un feuillet à l'autre. Rubanés,

lamelleux ou filamenteux, ces tractus sont ordinairement lisses et polis; leur couleur est d'un blanc grisâtre. De leur structure conjonctive ou fibreuse dépend la solidité des adhérences; suivant qu'ils sont longs ou courts, celles-ci sont lâches ou serrées.

La pleurésie adhésive siège au sommet, à la base, sur la face médiastine, dans les espaces interlobaires, sur le bord postérieur ou les régions antéro-latérales du poumon.

Les *adhérences du sommet* sont communes chez les tuberculeux et chez les vieillards. Chez les premiers, l'épaisseur et la densité des néo-membranes sont d'autant plus grandes que le point correspondant du poumon est plus altéré. Souvent elles constituent une véritable carapace unissant si intimement le poumon à la paroi qu'on ne peut extraire le lobe supérieur que par lambeaux. Elles peuvent être infiltrées de plaques caséiformes ou de granulations miliaires. Chez le vieillard, la pleurésie adhésive du sommet, qui est peut-être la trace d'une ancienne tuberculose guérie, est représentée par une plaque blanchâtre et nacrée, de la largeur d'une pièce d'un ou de deux francs qui déprime le tissu pulmonaire et le fait adhérer au cul-de-sac supérieur de la plèvre.

Les *adhérences de la base* unissent le poumon au diaphragme ou à la paroi costale. Des adhérences phréno-pulmonaires et phréno-costales peuvent d'ailleurs se combiner entre elles; parfois aussi les lésions portent simultanément sur le péricarde qui contracte union avec la plèvre et la face postérieure du sternum et des cartilages costaux: les adhérences sont alors phréno-costo-péricardio-pulmonaires. L'épaisseur des membranes unissantes peut atteindre plus d'un centimètre. Qu'elles existent sur tout le pourtour du thorax ou seulement dans la région antéro-latérale, les adhérences phréno-costales suppriment en ces points toute trace de la cavité pleurale. Comme la fusion du diaphragme avec la paroi costale peut atteindre jusqu'à la sixième côte et même empiéter jusqu'au cinquième espace intercostal, on conçoit le danger que créerait cette symphyse en cas d'épanchement surajouté; le trocart enfoncé dans le lieu d'élection pénétrerait dans la cavité abdominale. Le même danger est à redouter dans le cas de simple adhérence phréno-pulmonaire: alors, en effet, le poumon refoulé vers son hile par l'épanchement, entraîne avec lui le diaphragme, qui peut ainsi s'élever jusqu'à la hauteur de la sixième côte.

La *pleurésie adhésive médiastine* est ordinairement liée à la symphyse péricardique et à la médiastinite celluleuse; elle n'a pas de caractères anatomiques ou cliniques particuliers. De même les adhérences interlobaires ne présentent d'autre particularité que celle de favoriser la formation d'épanchements enkystés.

Symptomatologie et diagnostic. — En général, les adhérences ne révèlent leur présence par aucun signe ni fonctionnel ni physique.

Rarement elles sont la cause de tiraillements douloureux, de sensation de déchirure se produisant dans les grands mouvements respiratoires ou dans les mouvements d'inclinaison du thorax : ces phénomènes ne s'observent guère que dans les adhérences des régions antéro-latérales où le glissement normal des deux feuillets pleuraux est le plus étendu.

De même, la pleurésie adhésive du sommet peut donner lieu à des douleurs thoraciques spontanées ou provoquées ; quant aux signes constatés sous la clavicule, obscurité du son à la percussion, craquements secs ou frottements, il est difficile de faire la part qui revient dans leur production aux lésions de la plèvre ou à celles du poumon. Quand elles sont épaisses, les adhérences peuvent entraîner l'affaissement de la région sous-claviculaire ; mais la rétraction n'est prononcée que s'il existe en même temps une excavation pulmonaire.

Seules les adhérences phréno-costales ont des signes spéciaux. L'union du diaphragme avec la paroi thoracique empêchant le poumon de descendre à ce niveau, on constate de la matité, du silence respiratoire et l'absence de vibrations vocales. A gauche, le tympanisme normal de l'espace semi-lunaire est diminué ; si les adhérences sont épaisses, il est même aboli. La confusion avec un épanchement serait inévitable s'il n'existait un signe différentiel : il est unique, mais certain (Jaccoud) : c'est le retrait des côtes inférieures dans l'inspiration. Si l'on regarde le malade de face, on constate à chaque inspiration une dépression des espaces intercostaux inférieurs à partir du sixième, une traction des côtes correspondantes vers la ligne médiane et enfin un retrait de l'hypochondre. Du côté sain, au contraire, on observe pendant le même temps une projection excentrique des côtes, des espaces correspondants et de l'hypochondre. Cet antagonisme complet entre les deux moitiés inférieures du thorax est le propre des adhérences phréno-costales.

Pronostic. — A part les cas où elles servent à limiter un pneumothorax ou même à empêcher sa production, les adhérences partielles n'ont que des effets nuls ou nuisibles. Elles favorisent le développement de variétés irrégulières de pleurésies, créent un danger en cas de thoracentèse, lorsqu'elles fixent les organes dans des positions anormales, aggravent les bronchites et les congestions pulmonaires. Mais, bien qu'elles nuisent au bon fonctionnement des organes thoraciques, elles n'ont pas en général sur la mécanique respiratoire les conséquences graves des adhérences généralisées.

Adhérences généralisées.

Les adhérences très étendues ou généralisées ont pour effet l'oblitération plus ou moins complète de la cavité pleurale, l'ankylose de la plèvre ou *symphyse pleurale*.

On peut distinguer avec M. Grancher¹ deux grandes variétés de symphyses pleurales : les unes constituées par des néo-membranes minces, les autres par des néo-membranes épaisses. A ces deux variétés répondent une pathogénie, une anatomie pathologique et une symptomatologie différentes.

Étiologie. Pathogénie. — Les premières succèdent aux pleurésies sèches ou avec épanchement médiocre, consécutives à des lésions broncho-pulmonaires : bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies, et surtout à certaines formes de tuberculose accompagnées de bronchite et d'emphysème. Elles s'expliquent par les étroites relations anatomiques du lobule pulmonaire avec la plèvre viscérale. Le processus de l'adhérence pleurale vient du poumon ; il semble que le feuillet viscéral fasse presque à lui seul les frais de la soudure. Ces symphyses d'origine *pleuro-viscérale* restent habituellement minces.

Les symphyses épaisses succèdent aux pleurésies graves, aiguës ou chroniques, franchement infectieuses : elles sont le résultat d'épanchements purulents ou de pleurésies séreuses récidivantes, c'est-à-dire de pleurésies végétantes atteignant de préférence le feuillet pariétal, dont les bourgeonnements conjonctifs sont d'ordinaire plus nombreux et plus persistants que ceux de la plèvre pulmonaire. Les symphyses épaisses sont donc en général d'origine *pleuro-pariétale*.

Ainsi, les deux feuillets de la plèvre jouiraient en pathologie d'une indépendance réciproque qui aurait sa raison d'être dans des différences de structure, de rapports anatomiques et de développement.

Anatomie pathologique. — Les adhérences minces ne dépassent guère 1 millimètre d'épaisseur. Elles présentent, à l'étendue près, les caractères anatomiques des adhérences partielles. Le thorax garde sa configuration normale et le poumon conserve sa forme, son volume, ses rapports généraux. Lorsque la lésion broncho-pulmonaire initiale a été passagère, le poumon n'offre d'autre lésion qu'un peu de congestion et de pigmentation, témoignage d'un trouble permanent de la circulation bronchique et pulmonaire. Dans les cas où la tuberculose est en jeu, on trouve ordinairement, outre les grosses lésions du sommet, un semis discret de tubercules fibreux dans le reste du

1. *Maladies de l'appareil respiratoire*, Paris, 1890.