

PLEURÉSIE CHRONIQUE SÉRO-FIBRINEUSE

Étiologie. — Comme la pleurésie adhésive, elle est chronique d'emblée ou succède à une pleurésie aiguë. Pour expliquer le passage d'une pleurésie aiguë à la chronicité, on a invoqué l'influence de l'état général (débilité, alcoolisme, anémie) et celle de la disposition et de la nature des lésions : vascularisation tardive et incomplète des néo-membranes, épanchement très fibrineux, grande épaisseur des fausses membranes annihilant l'action résorbante des vaisseaux, compression des lymphatiques sous-pleuraux par le liquide soumis à une grande pression. Toutes ces raisons sont plus théoriques que réelles. Le plus souvent il faut incriminer la nature même de la lésion initiale, pulmonaire ou autre, qui entretient les altérations pleurales. C'est ordinairement la tuberculose qui est en jeu, parfois le cancer, la syphilis tertiaire pleuro-pulmonaire, etc.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont celles de la pleurésie aiguë, elles sont seulement plus prononcées. Les fausses membranes, épaisses et résistantes, tapissent parfois toute la plèvre, formant une membrane continue, concentrique à la séreuse et renfermant le liquide comme dans un sac : c'est le *kyste pseudo-pleural* décrit par Oulmont. Sous cette couche fibrineuse, les néo-membranes prennent un développement étranger à la forme aiguë ; elles s'organisent, deviennent fibreuses et parfois s'infiltrent de sels calcaires. Le liquide est ordinairement plus ou moins louche.

Le poumon refoulé, ratatiné sous les fausses membranes, réduit souvent à un moignon charnu de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, peut rester à peu près sain pendant longtemps, ne présentant d'autre lésion que la carnification : dans cet état de collapsus, il ne crépite plus, mais conserve encore son élasticité ; car, si on l'insufflé, après avoir incisé la plèvre épaissie dans une certaine étendue, on voit le parenchyme pulmonaire faire hernie dans les points correspondants. D'autres fois, au contraire, le poumon est dur, fibreux et présente les lésions de la pneumonie interstitielle.

Symptômes. — Lorsque la pleurésie est chronique d'emblée, son début est silencieux ; elle reste latente pendant des semaines ou des mois, et le malade a déjà un grand épanchement quand il se présente au médecin.

Dans les cas où elle succède à la forme aiguë, la transition se fait d'une façon insensible. L'épanchement qui, au bout d'un mois, ne présentait aucune tendance à la résorption, reste stationnaire dans les semaines suivantes ; la douleur, la fièvre s'amendent et disparaissent. Il reste une sorte d'hydrothorax chronique.

Les signes physiques sont ceux d'un grand épanchement, c'est-à-dire que le souffle doux et l'égophonie sont très rares, tandis que le souffle bronchique et la bronchophonie sont communs ; les phénomènes caverneux et le silence absolu sont moins exceptionnels que dans la forme aiguë.

La durée est de quelques mois à plusieurs années. Pendant cette période l'épanchement ne reste pas absolument stationnaire. Tantôt son niveau s'élève, sans doute à l'occasion d'une poussée inflammatoire, tantôt il descend, faisant espérer à tort une résorption prochaine. Parfois le malade accuse un peu de fièvre le soir, sans que l'épanchement cesse d'être séreux. Chaque ponction amène un soulagement et la disparition momentanée de la fièvre, mais le liquide se reproduit avec ténacité. Celui-ci peut devenir hémorrhagique ou purulent.

La terminaison par résorption n'amène ordinairement la guérison qu'au prix d'une symphyse pleurale avec rétraction thoracique.

La mort est le résultat de la transformation purulente de l'épanchement ou bien de complications cardiaques ou pulmonaires. Elle peut être brusque (syncope, suffocation) ou être annoncée par des troubles de l'état général : dépérissement graduel, fièvre hectique, sueurs, diarrhée.

M. BOULAY et H. BOURGES.

PLEURÉSIES HÉMORRHAGIQUES

Définition. — Une pleurésie est dite *hémorrhagique* quand la couleur de l'exsudat y trahit à première vue la présence du sang. Les épanchements séro-fibrineux peuvent renfermer jusqu'à six mille globules rouges par millimètre cube sans que leur teinte soit à peine modifiée ; ils ne sont qu'*histologiquement hémorrhagiques*.

D'autre part, la pleurésie hémorrhagique est distincte de l'*hémothorax* où l'épanchement de sang est le phénomène primitif et l'inflammation, quand elle se produit, le phénomène secondaire : tel serait le cas, par exemple, d'un anévrysme de l'aorte ouvert dans la plèvre.

Étiologie. Pathogénie. — Les conditions dans lesquelles la pleurésie hémorrhagique est susceptible de prendre naissance sont des plus diverses. Parmi elles, le cancer et la tuberculose occupent le premier rang ; viennent ensuite certaines phlegmasies pleuro-pul-

monaires à forme infectieuse et les états généraux à tendances hémorragiques; enfin, dans les cas où aucune de ces causes n'est en jeu, on fait intervenir une lésion spéciale de la plèvre, comparable à la pachyméningite et à la vaginalite chronique; on a alors affaire à une pleurésie hémorragique primitive, à un hématome simple. Nous laissons de côté les cas où la pleurésie devient hémorragique au cours d'une thoracentèse: c'est un accident dû à la rupture des néo-membranes sous l'influence d'une aspiration trop vive.

La *pleurésie hémorragique* d'origine *tuberculeuse* survient indifféremment dans les formes aiguës (R. Moutard-Martin¹) ou chroniques (Dieulafoy) de la tuberculose pulmonaire. Elle est parfois la première manifestation d'une tuberculose initiale de la plèvre. Dans tous les cas, que les lésions tuberculeuses soient localisées aux néo-membranes et à la plèvre, ou siègent en même temps dans le poumon, l'hémorragie aurait pour cause une altération particulière des nombreux vaisseaux qui parcourent les néo-membranes, surtout dans leurs parties superficielles constituées par un véritable tissu de bourgeons charnus. En de nombreux points, ces vaisseaux sont obstrués par des thrombus vitreux (Kelsch et Vaillard²) résultant de la fusion de leucocytes juxtaposés; leurs parois elles-mêmes sont vitreuses et nécrosées, si bien qu'elles se rompent, dès que la désagrégation des néo-membranes, qui s'opère de la surface à la profondeur, les met à nu. Lorsque la dégénérescence des vaisseaux s'arrête, l'épanchement peut redevenir séreux.

Les *pleurésies cancéreuses* sont très fréquemment hémorragiques; mais elles ne le sont pas aussi souvent que l'enseignait Trousseau, puisque dans un tiers ou la moitié des cas elles sont séreuses.

Toutes les variétés de cancer pleural peuvent provoquer le développement d'une pleurésie hémorragique. Ce sont: l'encéphaloïde, sous l'aspect de végétations molles, déprimées ou saillantes, fortement vascularisées, souvent reliées entre elles par des trainées de lymphangite cancéreuse; le squirrhe sous forme de plaques ou de noyaux disséminés; le cancer colloïde infiltrant la séreuse ou sa cavité d'une matière grisâtre et gélatiniforme, le sarcome, etc. Parfois, la pleurésie hémorragique est le résultat d'une carcinose miliaire aiguë des séreuses. Exceptionnellement primitif, le cancer de la plèvre est habituellement secondaire. Le sang est fourni soit par les néo-membranes développées au voisinage du néoplasme, soit par la masse cancéreuse elle-même. La compression des veines par

1. R. MOUTARD-MARTIN, *Étude sur les pleurésies hémorragiques néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse* (Thèse de Paris, 1878).
2. Arch. de physiologie, 1886.

les ganglions tuméfiés et dégénérés du médiastin favoriserait l'hémorragie.

Dans les *maladies infectieuses à tendance hémorragique* (ictère grave, scorbut, purpura, fièvres éruptives) les épanchements hémorragiques peuvent être rapprochés des hémothorax plutôt que des pleurésies. Quant à ceux qui surviennent, à titre exceptionnel, dans le cours de la cirrhose ou du mal de Bright, leur interprétation pathogénique est douteuse, ces affections prédisposant à la fois aux pleurésies et aux hémorragies.

La présence du sang dans les exsudats dus à certaines phlegmasies pleuro-pulmonaires aiguës (*pleurésie hémorragique primitive*) résulterait soit de la violence du processus inflammatoire, soit de propriétés spéciales des microbes pathogènes.

Dans l'*hématome*, le sang est fourni par les vaisseaux à parois celluluses, minces et fragiles, développés dans des néo-membranes préexistantes. Épaisses et résistantes, adhérentes ou flottantes, ces néo-membranes, développées par poussées successives, d'où leur structure lamellaire, tapissent les parois de la plèvre sur une plus ou moins grande étendue. Elles sont infiltrées de sang ou sont le siège d'un fin piqueté hémorragique. Le sang s'épanche soit dans l'interstice des feuillets lamellaires décollés où on le retrouve sous forme de caillot, soit dans la cavité pleurale. Celle-ci est parfois divisée par des adhérences en plusieurs loges remplies de liquide sanguinolent. L'alcoolisme paraît jouer un rôle dans le développement de cette pachypleurite.

Bactériologie. — L'étude microbiologique des pleurésies hémorragiques n'est pas plus avancée que celle des pleurésies séreuses. Dans deux cas consécutifs à des infarctus pulmonaires Ehrlich a trouvé des microcoques en chaînettes. D'autre part, MM. Charrin et Roger¹, puis M. Kelsch², ont rencontré le bacille d'Eberth dans deux cas où la pleurésie semble avoir marqué le début d'une fièvre typhoïde, sans toutefois que l'autopsie révélât de lésion intestinale.

Symptômes et marche. — Aucun signe ne différencie cliniquement les pleurésies hémorragiques des pleurésies séreuses ou purulentes; elles peuvent simuler les unes et les autres.

Leur évolution peut être aiguë, chronique ou latente.

Ordinairement la pleurésie est d'emblée hémorragique; parfois cependant un épanchement qui est séro-fibrineux à la première ponction, devient hémorragique ultérieurement. De même, il arrive qu'un liquide hémorragique se décolore dans la suite et prend les

1. Soc. méd. des hôpitaux, 17 avril 1891.
2. Acad. de médecine, 22 févr. 1892.

caractères d'un liquide séreux. Mais les pleurésies franchement hémorragiques deviennent rarement purulentes.

Diagnostic. — Affirmer la nature hémorragique d'un épanchement avant la ponction, exploratrice ou évacuatrice, est chose impossible. On est tout au plus autorisé à la soupçonner dans les cas spéciaux où la pleurésie survient chez un individu manifestement cancéreux ou bien au cours d'une fièvre ayant déjà pris la forme hémorragique. Dans les autres conditions, l'existence de la pleurésie hémorragique est une surprise de la thoracentèse.

La nature hémorragique d'un épanchement étant reconnue, il faut en trouver la cause. Si cette cause n'est pas évidente, on aura le plus souvent à se prononcer entre une pleurésie cancéreuse, une pleurésie tuberculeuse et un hématome.

Certains signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic lorsque la pleurésie constitue à elle seule presque toute la symptomatologie du cancer. Les douleurs sont fréquentes; vives et persistantes, elles irradiant au cou, aux épaules, aux bras, aux poignets. La dyspnée, continue ou paroxystique, est peu soulagée par la thoracentèse. En cas de pleurésie gauche, le cœur subit une déviation considérable et permanente; ses battements s'entendent dans toute la poitrine; souvent le pouls est fortement accéléré, peut-être par action du cancer sur le pneumogastrique. Le liquide, brunâtre ou noirâtre, n'est que peu ou pas fibrineux; il a tendance à persister ou à se reproduire rapidement après la ponction (voir le *Cancer du poumon*).

Si la pleurésie n'est pas cancéreuse, le diagnostic devra être fait entre la tuberculose et l'hématome. A part les cas où le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire ou les phénomènes généraux d'une tuberculose aiguë, la distinction est presque impossible. Sans doute l'absence d'antécédents héréditaires, l'abondance de l'épanchement, sa teinte franchement rouge, son peu de tendance à la reproduction, l'amélioration rapide qui suit son évacuation sont en faveur d'un hématome; mais aucun de ces éléments n'a de valeur absolue, et l'apparition plus ou moins tardive de signes non douteux de tuberculose pulmonaire est venue plusieurs fois infirmer un diagnostic trop hâtif de pachypleurite.

Dans ces cas, l'inoculation du liquide aux animaux sera d'un grand secours, quand les résultats en seront positifs. Les recherches bactériologiques seront d'ailleurs indispensables dans tous les cas douteux, puisqu'on peut y rencontrer un microbe inattendu, tel que le bacille d'Eberth.

Pronostic. — Toute pleurésie hémorragique, quelle qu'en soit la cause, est curable en tant que pleurésie. La nature hémorragique d'un épanchement n'a d'autre valeur pronostique que celle de la

lésion productrice. Absolument grave s'il s'agit de cancer ou de tuberculose, le pronostic est ordinairement favorable dans les cas d'hématome.

M. BOULAY et H. BOURGES.

PLEURÉSIES PURULENTES

Historique. — On a toujours prétendu que les médecins de l'antiquité avaient parfaitement connu la pleurésie purulente, et qu'Hippocrate, par exemple, l'avait bien observée. Cette assertion n'est exacte qu'en partie. Les anciens avaient admirablement compris que la seule manière de considérer la pleurésie purulente était de l'envisager comme un abcès ordinaire dont le siège déterminait les caractères particuliers; mais on ne saurait affirmer qu'ils aient vu plus loin, et c'est seulement en un temps très rapproché de nous que la pleurésie fut nettement différenciée. Hippocrate indiqua mieux les règles du traitement, car il décrivit le premier et presque complètement l'opération de l'empyème. On ne peut donc faire remonter l'histoire de la pleurésie purulente avant le commencement de notre siècle.

Pinel (*Nosographie philosophique*, 1798) confondait la pleurésie et la pneumonie; les abcès de la plèvre étaient communément pris pour des abcès du poumon; la pleurésie purulente n'était pas séparée des cavernes pulmonaires, des dilatations bronchiques et autres lésions cavitaires. Or cette confusion qui existe dans l'œuvre de Pinel, se retrouve chez tous ses prédécesseurs. C'est seulement en 1810 que Bayle établit à part l'histoire de cette maladie, et ses enseignements n'eurent d'abord que bien peu d'adeptes. Joseph Franck, par exemple, resta complètement attaché aux opinions anciennes. Mais, après les travaux de Laennec, il ne fut plus possible de confondre sous un même nom et dans une même description toutes les maladies de poitrine, et la pleurésie purulente, définitivement constituée, eut son existence à part¹.

Les œuvres qui, depuis Bayle et Laennec, ont enrichi sur ce sujet la littérature sont innombrables; mais, grâce aux recherches

1. Les véritables pleurésies purulentes se trouvent décrites par Laennec dans ses articles sur les pleurésies chroniques, les pleurésies partielles et les pleurésies latentes.