

brusquement par syncope. Ce malheur est surtout à redouter dans les épanchements du côté gauche, lorsqu'ils sont assez abondants pour déplacer le cœur. Enfin lorsque le liquide devient purulent, les malades succombent au milieu d'un ensemble de symptômes graves. La fièvre a une acuité excessive, le pouls est d'une fréquence extrême, il est petit et souvent irrégulier; la figure s'altère, les facultés intellectuelles se troublent, et l'individu s'éteint en présentant ordinairement les symptômes d'une asphyxie lente. J'ai vu cette terminaison se faire une fois, au cinquième ou sixième jour de la maladie, chez une fille de dix-huit ans ayant toutes les apparences de la plus belle constitution.

Variétés. — Les variétés de la pleurésie sont surtout déterminées d'après le siège de la maladie, d'après les causes qui l'ont produite, et d'après la nature des symptômes locaux et généraux qui l'accompagnent.

Variétés d'après le siège. — Nous avons vu que la pleurésie pouvait être double; ses symptômes locaux ne diffèrent pas alors de ceux qu'on observe dans la pleurésie d'un seul côté. Cependant il est rare qu'il existe dans ces cas une douleur pleurétique dans les deux côtés; peut-être est-il plus commun de voir ce symptôme manquer complètement et être remplacé par un sentiment d'oppression extrême et de constriction sternale ou épigastrique. Quoi qu'il en soit, il est aussi rare que la pleurésie aiguë soit double d'emblée que de voir la pneumonie envahir simultanément les deux poudons; presque toujours, en effet, la maladie commence par un des côtés, et ne s'étend à l'autre que consécutivement, et généralement après plusieurs jours.

Les pleurésies partielles sont une des formes les plus remarquables de la maladie. La pleurésie devient partielle, tantôt par suite d'adhérences formées longtemps auparavant, qui circonscrivent une portion de plèvre intacte; d'autres fois c'est parce que l'épanchement séro-albumineux ne s'est produit qu'après que les adhérences se sont formées aux limites de la phlegmasie et l'ont ainsi circonscrite. Il est beaucoup de pleurésies partielles bornées à un très-petit espace qui ne produisent guère d'autres accidents qu'une douleur vive dans un point du thorax, un peu de dyspnée et quelquefois point ou peu de fièvre: telle est, par exemple, l'origine de la plupart des points douloureux qu'on observe si souvent dans le cours de la phthisie pulmonaire; dans ce cas, il n'y a presque jamais d'épanchement liquide. Parmi les pleurésies partielles, on distingue surtout les pleurésies diaphragmatique, médiastine, interlobaire, et celle du sommet, qui n'est pas encore suffisamment décrite dans les livres.

1° Pleurésie diaphragmatique. — La pleurésie diaphragmatique est la *paraphrénésie* des anciens médecins, mot d'ailleurs sous lequel étaient confondues plusieurs affections fort différentes. Cette espèce de pleurésie, sur laquelle M. Andral a publié les observations les plus complètes, est remarquable par une douleur vive siégeant le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'irradiant vers les hypochondres, et s'exaspérant par la pression, par la toux et par les mouvements. En même temps le diaphragme reste immobile, soit en raison de la douleur ou de la compression de l'épanchement ou d'une sorte de paralysie de la fibre musculaire; l'ampliation du thorax se fait exclusivement alors par le soulèvement des côtes. Mais le symptôme prédominant consiste dans une orthopnée telle, que les malades, dans un état d'anxiété extrême, sont obligés de rester assis sur leur lit, le tronc tout à fait incliné en avant; ce symptôme toutefois n'est pas constant. On a encore cité le hoquet, le vomissement et l'ictère, comme accompagnant fréquemment la pleurésie diaphragmatique; mais ces accidents paraissent être assez rares. Quant au rire sardonique noté par Boerhaave et par Van Swieten, on ne l'observe presque jamais.

Aux signes qui précèdent, M. Noël Gueneau de Mussy en a joint quelques autres. Il signale une douleur vive que la pression réveille au plus haut degré et qui siége en un point circonscrit à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, et dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. M. Gueneau de Mussy a également déterminé de la sensibilité à la pression vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, dans une étendue limitée. Il a remarqué aussi qu'en refoulant de bas en haut l'hypochondre, on produisait en général une douleur aiguë, qui ne se manifeste plus quand on presse dans une direction inverse. Il signale encore une sensibilité vive entre les attaches inférieures du sterno-cléido-mastoidien sur le trajet du nerf phrénique. Une pression un peu forte est toujours douloureuse dans cette région; mais dans la pleurésie diaphragmatique cette sensibilité serait plus développée que dans les conditions normales; en comparant les résultats de la pression des deux côtés, on arriverait donc à constater une telle différence qu'il ne resterait matière à aucun doute. Le malade accuse encore des douleurs spontanées, mais moins vives, au-dessus des clavicules, vers le moignon de l'épaule, dans la région scapulaire et dans les rameaux divers du plexus cervical.

En résumé, la pleurésie diaphragmatique serait caractérisée par des douleurs hypochondriques, par un point épigastrique, par des douleurs réflexes sus-claviculaires, par la sensibilité du nerf phrénique, par une douleur qu'on réveille en comprimant l'hypochondre de bas en haut, par une dyspnée portée jusqu'à l'orthopnée, enfin par une toux sèche, avec une fièvre intense, hoquets, nausées et vomissements (1).

La pleurésie diaphragmatique se termine fréquemment d'une manière funeste, à cause des troubles graves qui l'accompagnent.

2° Pleurésie médiastine et interlobaire. — La pleurésie *médiastine*, c'est-à-dire bornée aux replis de la plèvre qui forment les médiastins, et à la partie contiguë de la plèvre pulmonaire, est rare; il est toujours impossible de la diagnostiquer; il en est de même de la pleurésie *interlobaire*. On peut soupçonner pourtant l'une ou l'autre lorsqu'une douleur vive siége profondément dans la poitrine et s'accompagne d'oppression et de fièvre intense, sans que l'auscultation et la percussion fassent constater une lésion du poumon ou un épanchement dans la plèvre et dans le péricarde. Ces deux formes de pleurésies circonscrites sont celles dans lesquelles on voit le plus souvent le liquide épanché se frayer une issue à travers le parenchyme pulmonaire et être expulsé par les bronches. La plupart des observations consignées dans les auteurs, sous les titres de *vomique* ou d'*abcès* des poudons évacués au dehors, ne sont autres que des cas de pleurésies circonscrites, et surtout de pleurésies interlobaires.

Pleurésie du sommet. — La pleurésie bornée au sommet, quoique rare, exige une mention spéciale à cause des erreurs auxquelles elle expose aisément. D'ailleurs son histoire n'a pas encore été faite avec le soin qu'elle mérite. Nulle difficulté à la reconnaître lorsque son début est très-aigu. Il n'en est pas de même lorsque, sans être lent, il est moins bien accusé, et que la maladie se déclare chez un individu malingre, chétif ou souffreteux. La douleur est souvent alors obtuse ou presque nulle; elle est ressentie au niveau des premières côtes dans le creux axillaire ou dans la fosse sus-épineuse. Dans ces points on entend souvent ce bruit de froissement qui peut simuler le râle sous-crépitant et

(1) Archives générales de médecine, année 1853, numéro de septembre.

dont je parlais naguère (p. 425). A ce niveau, l'expansion pulmonaire est affaiblie et la percussion donne une sonorité moins parfaite.

On comprend, vu la rareté de la pleurésie circonscrite au sommet, combien il est aisé de se méprendre alors, et à cause même de la fréquence de la tuberculisation, de croire à une pareille lésion, que justifie de plus très-souvent l'état constitutionnel des individus.

On ne pourra arriver à un diagnostic exact que par une exploration attentive, par un interrogatoire bien dirigé, et en contrôlant en quelque sorte l'état local par les phénomènes généraux. Ici c'est l'auscultation elle-même qui peut faire errer en donnant à penser qu'il existe des craquements secs ou humides là où il n'y a qu'un bruit de frottement. Si, en effet, les fausses membranes récemment exhalées par la plèvre sont très-molles, elles donneront un bruit faiblement crépitant, un bruit d'éponge humide, dont je parlais naguère. Mais si l'on parvient à constater que ce bruit est fort inégal, tantôt fort, tantôt faible, pouvant augmenter ou cesser d'un instant à l'autre en faisant varier la position des malades, si on l'entend à l'expiration comme à l'inspiration, et parfois plus accusé dans le second temps de la respiration que dans le premier, on devra croire qu'il ne s'agit alors que d'un frottement pleural. Si d'ailleurs il n'existe pas cet appareil symptomatique spécial, cette fièvre hectique qui accompagnent généralement la fonte tuberculeuse, on conclura que les signes fournis par l'auscultation ont une autre cause, et l'idée d'une pleurésie du sommet devra se présenter à l'esprit. C'est en ayant égard à toutes ces circonstances que je fus si heureux, il y a quelques années, de pouvoir rassurer un de nos chirurgiens les plus distingués et l'un de mes meilleurs amis sur l'état de la poitrine de son fils, qui l'avait alarmé au plus haut degré.

Si, au lieu d'être sèche, la pleurésie produit un épanchement circonscrit par des fausses membranes, l'erreur sera moins à craindre lorsqu'on a suivi le malade depuis le début. Car comment croire à des tubercules lorsque, après quelques jours de maladie, on constate une matité complète sous la clavicule, un souffle plus ou moins rude et une égophonie ou une broncho-égophonie fort retentissante? Il n'en est plus de même lorsque, appelé longtemps après le début, on n'a pu suivre la maladie dans ses phases successives. On est, malgré soi, et quelque prévenu qu'on puisse être, vivement impressionné lorsqu'on constate dans les points si habituellement envahis par les tubercules, c'est-à-dire sous la clavicule, dans l'aisselle et dans la fosse sus-épineuse, une matité complète, un retentissement bruyant de la voix, un souffle rude et parfois même un gargouillement, résultat probable de mucosités accidentellement accumulées dans les bronches, et peut-être aussi de la collision et de l'agitation des fausses membranes molles qui sont dans la plèvre. Ne vous hâtez pas ici de conclure dans un sens ou dans un autre, mais observez quelques jours le malade, et la lumière se fera, surtout si l'on ne donne pas à l'auscultation et à la percussion une valeur absolue et si l'on contrôle les résultats qu'elles donnent par l'examen de l'état général. Car, à ne juger que par les lumières fournies par les moyens physiques, il faudrait conclure à l'existence d'une caverne, et d'une caverne très-rapidement formée; chose impossible à admettre lorsqu'on trouve un malade sans fièvre, sans sueurs nocturnes, sans diarrhée, ne maigrissant point, ne toussant pas et expectorant à peine, quelquefois même n'expectorant pas du tout. Si bientôt le malade engraisse et se fortifie, s'il ne conserve qu'un peu de dyspnée, tout doute devient impossible; c'est bien alors une pleurésie, et qui peut-être laissera un stigmate indélébile. La résolution, en effet, est toujours lente à se faire, peut-être à cause de la grande mobilité des côtes supérieures, de leur

action incessante et de la difficulté plus grande que pour les côtes inférieures à s'affaisser pour combler le vide qui se fait dans la poitrine. Dans ces conditions défavorables, la pleurésie qui a produit un épanchement aussi considérable que nous le supposons, sera non-seulement longue à se résorber, mais elle laissera des signes physiques permanents. Le sommet du poumon restera plus ou moins affaissé, adhérent aux côtes au moyen d'une sorte de calotte dure, fibreuse; aussi la percussion donnera-t-elle peut-être pour toujours un son obscur ou mat, et à l'auscultation, il y aura une respiration faible ou rude, une expiration soufflante et un retentissement plus ou moins considérable de la voix.

On voit, par les détails qui précèdent, combien la pleurésie du sommet est intéressante à bien connaître, et combien il est aisé d'être trompé par elle. Cependant, disons en terminant que lors même qu'on a pu parvenir à se convaincre qu'il n'existe chez le malade qu'une pleurésie du sommet et non une tuberculisation, il ne faut pas cependant donner sur ce point une assurance complète; car, d'une part, la pleurésie devient souvent l'occasion de la formation des tubercules; et puis une pleurésie du sommet doit toujours être considérée comme suspecte. On peut craindre qu'elle ne soit symptomatique de tubercules ayant préalablement et sourdement envahi le lobe supérieur. A tous ces titres, le pronostic sera réservé.

Variétés d'après la nature des causes. — Nous n'en mentionnerons qu'une seule : c'est celle qui est produite par l'introduction subite dans la plèvre d'un liquide irritant, comme celui d'un abcès, d'un kyste, d'un foyer gangréneux des poumons, et plus souvent encore d'un tubercule ramolli. Dans ces cas, la pleurésie débute instantanément par une douleur vive, intolérable, avec une oppression et une anxiété extrêmes. Comme, dans la plupart de ces cas, il existe une communication entre la cavité des bronches et celle de la plèvre, l'air extérieur s'introduit dans cette dernière cavité, il en résulte alors divers signes qui sont révélés par l'auscultation et par la percussion : nous les ferons connaître en traitant de l'*hydropneumothorax*. Cette espèce de pleurésie a une marche très-rapide et une terminaison presque toujours funeste.

Variétés d'après la nature des symptômes locaux et généraux. — La pleurésie ne se présente pas toujours avec l'ensemble des symptômes que nous avons précédemment indiqués. Ainsi la douleur, au lieu d'être vive, déchirante, est souvent obtuse; quelquefois elle manque tout à fait; la fièvre peut être nulle; la maladie n'est alors annoncée que par la dyspnée et par une accélération des mouvements respiratoires; quelquefois même ces deux symptômes manquent : les anciens disaient alors que la pleurésie était *latente*. Mais aujourd'hui on ne doit donner ce nom qu'aux pleurésies qui, en raison de leur siège, ne se révèlent par aucun des signes physiques fournis par la percussion et par l'auscultation : telles seraient les pleurésies *médiastine*, *diaphragmatique* et *interlobaire*. Relativement aux symptômes généraux, on pourrait admettre, pour la pleurésie, les mêmes variétés que nous avons reconnues pour la pneumonie; aussi n'y insisterons-nous pas, attendu que, sous le rapport du diagnostic, elles ne présentent aucune différence avec les pleurésies simples.

Complications. — La pleurésie peut coïncider avec la plupart des autres maladies aiguës et chroniques; il est inutile de les énumérer, mais nous devons nous arrêter un instant sur les cas très-fréquents où la pleurésie est compliquée de pneumonie.

Lorsque la pneumonie coexiste avec un épanchement pleurétique assez considérable, on dit qu'il y a *pleuro-pneumonie*. Dans ces cas les deux altérations peuvent exister dans des points diamétralement opposés, et alors chacune

d'elles se montre dans son étendue respective avec les symptômes qui lui sont propres. Mais le plus souvent la pneumonie et l'épanchement existant simultanément dans le même point, c'est-à-dire à la base, on voit alors tantôt les symptômes de l'une de ces affections prédominer, d'autres fois ils se confondent ou sont plus ou moins modifiés les uns par les autres. Ainsi, lorsque l'épanchement est très-abondant, il masque plus ou moins complètement les divers bruits morbides qui caractérisent l'engouement et l'hépatisation. Si, au contraire, l'épanchement est moins considérable, on perçoit profondément la crépitation; mais la percussion donne dans les points correspondants un son plus complètement mat que dans les engouements inflammatoires simples. Dans les cas d'ailleurs où l'abondance de l'épanchement obscurcit ou empêche la production du râle crépitant, il suffit de déplacer le liquide en donnant une position convenable au malade pour voir le bruit morbide être aussitôt perçu d'une manière distincte. Enfin, dans les cas dont je parle, le retentissement de la voix est nul, ou bien, lorsqu'il existe, il semble être à la fois un mélange d'égophonie et de bronchophonie: aussi l'a-t-on désigné sous les noms de *broncho-égophonie*. J'ai démontré ailleurs que l'épanchement pleural dans la pneumonie ne paraissait ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire; il n'abrège pas non plus la période aiguë de la maladie, comme on l'a cru pendant longtemps. (Voy. mon *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 358.)

Si la pneumonie n'est presque jamais suivie de tuberculisation pulmonaire, s'il est rare aussi de voir une pneumonie activer la marche des tubercules préexistants, il n'en est pas de même de la pleurésie aiguë, dans le cours ou au déclin de laquelle on voit souvent une phthisie jusqu'alors latente se dévoiler et suivre même parfois une marche des plus rapides. Cette différence peut paraître inexplicable. Il semble très-étrange, en effet, qu'une inflammation du parenchyme, qui compromet si souvent la vie, ait, par rapport à la tuberculisation, des effets moins graves que la pleurésie, qui guérit si habituellement plus grave, a une marche rapide, une durée courte, tandis que la pleurésie passe si aisément à la chronicité, et si l'on veut bien remarquer en outre qu'une pleurésie avec épanchement trouble bien autrement les fonctions du poumon que ne le fait la pneumonie, le plus habituellement limitée à un lobe, on comprendra pourquoi ces deux maladies ont une part si inégale sur le développement et sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Diagnostic. — La pleurésie ne pourrait être confondue qu'avec la pneumonie: les deux maladies ont, en effet, comme symptômes communs, la douleur de côté, la dyspnée, l'oppression, la toux, l'accélération de la respiration, la matité, le souffle, la bronchophonie et la fièvre. Mais, indépendamment des crachats rouillés et de la crépitation fine et sèche qui n'appartient qu'à la pneumonie, on pourra, en l'absence même de ces deux symptômes, distinguer ces deux affections l'une de l'autre, en considérant que, dans la pleurésie, la fièvre, la prostration des forces, l'altération des traits ne sont pas toujours en rapport, comme pour la pneumonie, avec l'étendue de la matité. On voit fréquemment des épanchements qui remplissent la moitié, les deux tiers ou la totalité même d'un côté de la poitrine, et qui n'excitent pourtant qu'une fièvre médiocre, tandis qu'une altération aussi étendue du poumon s'accompagnerait des accidents les plus graves. Cependant, dans les deux ou trois premiers jours d'une pleurésie, les symptômes peuvent être assez graves pour pouvoir quelquefois faire supposer l'existence d'une pneumonie. Si pourtant on constatait alors une matité complète avec souffle et bronchophonie, ou avec absence de

tout bruit naturel ou morbide, on devrait diagnostiquer une pleurésie, sinon comme maladie unique, du moins comme maladie prédominante; car, dans l'hypothèse d'une pneumonie, il faudrait supposer que, dans l'espace de quelques jours, la phlegmasie ayant envahi simultanément une grande surface, est parvenue partout au même degré, puisqu'il n'existe nulle part de crépitation. Or, ce cas, sans être absolument impossible, est du moins excessivement rare. Ajoutons encore que les signes physiques qui sont communs à la pleurésie et à la pneumonie présentent certaines nuances, suivant qu'on les observe dans l'une ou dans l'autre affection. Dans la pleurésie, la matité est plus absolue et l'élasticité est plus complètement abolie que dans l'hépatisation; le souffle, dans la première, est aussi moins éclatant; il est ordinairement voilé, étouffé; enfin, nous avons vu que quelquefois on pouvait diminuer, faire disparaître ou changer de place ces divers phénomènes, en déplaçant l'épanchement par des positions variées données aux malades. Pour terminer, disons encore que le frémissement des parois thoraciques, qui est nul dans la pleurésie, est conservé, parfois seulement amoindri, et parfois aussi un peu exagéré, lorsque le poumon est hépatisé.

Il y a une forme de congestion pulmonaire que nous avons décrite sous le nom de *splénisation*, et dont les signes physiques ont quelque analogie avec ceux de la pleurésie. Dans les points, en effet, où elle existe, le son est mat, la voix ne retentit point, le bruit respiratoire est faiblement perçu, parfois même il est tout à fait nul; jamais on ne constate de souffle, mais l'oreille distingue, surtout pendant la toux, quelques bulles de râle sous-crépitant placées assez près de l'oreille; ce sera là une indication précieuse. Mais lorsque les râles font défaut, on arrivera au diagnostic d'après les considérations suivantes. Dans le cas de splénisation, le point de côté fait entièrement défaut; la matité est moins complète que lorsqu'il existe un épanchement; elle est fixe, elle ne peut être déplacée; elle est située toujours dans les points les plus déclives, et communément à la base des deux poumons, car la lésion est presque toujours double. La splénisation enfin n'est presque jamais primitive; c'est dans les affections graves, chez les individus épuisés et lorsque le sang est devenu moins plastique, qu'on l'observe presque exclusivement.

M. Gueneau de Mussy observe avec raison que l'hépatite et la pleurésie diaphragmatique droite offrent quelques symptômes communs, de manière à rendre parfois le diagnostic hésitant. Il existe, en effet, dans les deux cas, des douleurs réflexes sus-claviculaires, le foie déborde, l'hypocondre est plus saillant, et il y a souvent de l'ictère. Mais dans l'hépatite, on n'observe pas le point épigastrique, la dyspnée n'est pas ordinairement intense, et à moins de complication, il n'y a pas d'orthopnée.

La pleurésie n'a aucun signe pathognomonique, aucun signe d'une valeur absolue; on a eu tort d'indiquer comme tel l'égophonie. J'ai prouvé, en effet, il y a longtemps, dans ma monographie, que ce signe se rencontrait quelquefois dans les indurations pulmonaires simples: avouons pourtant que ces cas sont extrêmement rares. Il faut savoir en outre qu'il est des individus, les vieilles femmes surtout, dont la voix, naturellement tremblante et criarde, produit, lorsqu'on ausculte la poitrine, le phénomène de l'égophonie. Il ne saurait y avoir erreur en pareil cas, car le phénomène est alors général; on le retrouve dans toute l'étendue de la poitrine, quoiqu'il puisse être plus intense dans certains points; d'ailleurs la conservation de la sonorité indique aisément qu'il ne peut exister dans la fièvre aucun épanchement.

La respiration bronchique et la bronchophonie ont certainement une valeur