

diagnostique beaucoup moins certaine que l'égophonie; nous les avons rencontrées, en effet, avec des caractères identiques dans la pleurésie comme dans la pneumonie; c'est ce qu'on remarque peut-être plus spécialement dans le jeune âge. Cependant il est vrai de dire que le souffle tubaire qui dépend d'une pneumonie parvenue à l'hépatisation est généralement plus rude, et toujours en rapport avec le degré de la matité et avec son étendue; il n'en est pas de même de la pleurésie, où, avec une matité plus complète et souvent beaucoup plus étendue, on ne trouve la respiration tubaire que dans certains points et souvent bornée au niveau de ceux où la matité n'est pas la plus complète. Ajoutons que dans la pleurésie le souffle semble plus éloigné de l'oreille que celui qui se produit dans un poumon induré.

Les épanchements pleurétiques diffus ou circonscrits, qui se sont vidés au dehors à travers le parenchyme pulmonaire, pourraient être confondus avec des abcès formés dans le poumon. Pour arriver alors au diagnostic différentiel, il faudra comparer la marche des affections, et voir surtout les différences qui existent entre les symptômes qui sont communs à l'une et à l'autre. La quantité de pus évacué n'est pas la même dans les deux cas : car, dans les abcès, il est rare qu'elle s'élève à 200 grammes, tandis que dans la pleurésie elle est souvent deux ou trois fois plus abondante. Dans les premiers aussi, le pus est communément épais, phlegmoneux, homogène, tandis qu'il est séreux, floconneux dans la seconde, et exhale le plus souvent alors une odeur fétide ou alliée. Il est inutile de dire qu'il n'existe aucun signe pour reconnaître la nature du liquide épanché dans la plèvre. Tout ce que Laënnec a donné, comme pouvant caractériser la pneumonie hémorrhagique, n'a pas été confirmé par l'observation.

Pronostic. — La pleurésie simple, dit M. Louis, survenant chez un sujet bien portant, se termine presque toujours par la guérison. Il faut en excepter la pleurésie double, lorsqu'elle est très-étendue, et la pleurésie diaphragmatique, que nous avons vue avoir quelquefois une issue funeste. La gravité du pronostic se mesure surtout sur l'intensité de la fièvre et de la dyspnée et par l'abondance et le siège de l'épanchement. Toutes choses égales d'ailleurs, nous avons vu que la pleurésie gauche était plus grave que la droite, bien moins à cause de l'extension plus facile de la phlegmasie au péricarde, que parce que, dans les cas où l'épanchement est assez vaste pour déplacer et comprimer le cœur, une syncope mortelle peut tout à coup terminer l'existence. Eu égard à l'âge des malades, on peut, sous le rapport du pronostic, appliquer à la pleurésie ce que nous avons dit de la pneumonie. La pleurésie, en effet, qui, lorsqu'elle est simple, primitive, se termine si communément par la guérison chez l'enfant au delà de huit à dix ans, chez l'adolescent, chez le jeune homme et chez l'adulte, devient par contre une maladie sérieuse chez le vieillard, et plus encore surtout dans le très-jeune âge.

Étiologie. — La pleurésie est une des maladies aiguës les plus communes; elle l'est un peu moins pourtant que la pneumonie. Sa fréquence d'ailleurs varie beaucoup suivant les âges : rare dans la première année de l'existence, très-rare aussi chez les vieillards, on la rencontre le plus communément dans la jeunesse et à la période moyenne de la vie. Elle nous paraît être plus fréquente chez l'homme que chez la femme et siéger un peu plus souvent à droite qu'à gauche, mais dans une proportion beaucoup moindre que la pneumonie. L'influence des constitutions est encore inconnue. Comme la plupart des maladies aiguës, la pleurésie survient ordinairement sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. Elle a quelquefois succédé à une contusion; plus souvent elle est consécutive à l'impression du froid. C'est une maladie

commune dans toutes les conditions sociales; elle est plus fréquente pourtant dans la classe ouvrière, mais c'est dans l'armée peut-être qu'elle sévit dans la proportion la plus grande. L'inflammation de la plèvre se déclare souvent aussi comme maladie secondaire dans le cours des diverses affections : elle vient compliquer, surtout parmi les affections aiguës, la pneumonie, la péritonite puerpérale, l'infection purulente, le rhumatisme articulaire fébrile et la pleurodynie. Pour les maladies chroniques, on la rencontre spécialement dans la phthisie pulmonaire, dans l'albuminurie et dans les affections organiques du cœur. Elle peut encore arriver par extension à la plèvre d'un travail inflammatoire primitivement développé dans les parois thoraciques.

Traitement. — Le traitement antiphlogistique, dont l'énergie sera proportionnée à l'étendue de la maladie et à l'intensité de la fièvre, est le seul qu'il convienne d'employer au début de l'affection. Des faits nombreux ont au contraire démontré le peu d'utilité de la médication contre-stimulante avec l'*émétique à haute dose*. Les saignées générales seront avantagement combinées aux saignées locales, sangsues ou ventouses. En même temps les malades observeront un repos absolu; ils seront soumis à une diète sévère et à l'usage des boissons délayantes. On pourra, surtout chez les enfants, employer avec avantage de larges cataplasmes émollients sur la poitrine, car ils modèrent en général la douleur et l'oppression; enfin, on entretiendra la liberté du ventre par des lavements et des laxatifs doux. Comme pour la pneumonie, on a vanté l'emploi du calomel seul ou uni à l'opium. On a parfois poussé les doses jusqu'à salivation; mais ce traitement ne convient que dans ces pleurésies graves contre lesquelles ont échoué des moyens qui offrent moins d'inconvénients. A l'état aigu, il est quelques symptômes contre lesquels il faudra diriger une médication spéciale : telles sont la douleur de côté trop vive, et une toux opiniâtre qui indiquent l'emploi des préparations opiacées.

Lorsque la fièvre est tombée, et que, nonobstant cette amélioration, l'épanchement reste stationnaire, on devra essayer d'en provoquer la résorption en excitant la plupart des sécrétions naturelles. C'est dans ce but qu'il convient d'administrer les diurétiques : tels sont la poudre de digitale, de 5 à 80 centigrammes; le nitre, à la dose de 1 à 4 grammes; l'acétate de potasse, dont on donne une dose double. On prescrit encore les purgatifs salins et hydragogues et quelques sudorifiques, parmi lesquels les bains de vapeur sont les plus énergiques. Presque toujours alors on promène successivement sur le côté du thorax, siège de l'épanchement, plusieurs larges vésicatoires volants.

Il arrive quelquefois que l'épanchement, par son abondance, par la gêne qu'il apporte aux fonctions de la circulation et de l'hématose, menace de se terminer d'une manière funeste; il ne faut pas hésiter alors à pratiquer la thoracentèse avec les précautions que nous indiquerons plus bas. C'est M. Trousseau qui a eu le mérite de populariser cette opération dans les cas dont je parle, et il a été imité depuis par un grand nombre de médecins. M. Lacaze-Duthiers dit, dans son excellente thèse, que l'opération a réussi 40 fois sur 42 malades, proportion qu'on obtient pourtant rarement. Mais la thoracentèse ne convient pas dans la période ascendante de la maladie, lorsque la phlegmasie est dans toute son acuité; évacuer le liquide dans ce cas, c'est ne produire qu'un soulagement de très-courte durée; celui-ci se reproduit presque fatalement; la phlegmasie semble même parfois avoir acquis un surcroît d'intensité, car le liquide, qui d'abord était séro-floconneux, devient bientôt purulent. L'opération sera tentée dans ces épanchements abondants qui provoquent des accès d'orthopnée, lorsque l'asphyxie est imminente, ou bien encore lorsque le cœur est

comprimé et fortement dévié. C'est donc une opération de *nécessité*, qui ne vient point, par conséquent, dans les épanchements de médiocre abondance, ni dans ceux qui, quoique considérables en apparence, n'apportent pourtant aucun trouble sérieux aux fonctions respiratoire et circulatoire. Quelques personnes ont non-seulement appliqué la thoracentèse à ces cas, ils l'ont faite encore toutes les fois que le liquide tardait un peu à se résorber; mais les faits n'ont pas, que je sache, donné raison à cette pratique, car souvent le liquide s'est reproduit, la pleurésie a été aggravée ou a présenté les caractères de la chronicité. La thoracentèse est inutile dans ces pleurésies ultimes qui, comme la pneumonie, terminent un si grand nombre d'affections graves, incurables. Il importe de dire, en terminant, que la thoracentèse, quand elle est utile, ne réussit pas toujours du premier coup, et qu'il est parfois nécessaire de la répéter plusieurs fois, à quelques jours de distance. (Voyez, pour le manuel opératoire, l'article *Pleurésie chronique*.)

De la pleurésie chronique.

La pleurésie chronique est fréquente, soit comme maladie primitive, soit, plus souvent encore, comme succédant à la forme aiguë. Comme cette dernière, la pleurésie chronique peut envahir toute la plèvre, ou bien être bornée à un point plus ou moins circonscrit de cette membrane.

Caractères anatomiques. — Dans la pleurésie chronique, on trouve, comme à l'état aigu, la plèvre injectée, recouverte de fausses membranes, et un liquide épanché dans la cavité séreuse. Mais ici l'injection est ordinairement plus intense : il semble parfois qu'elle a pénétré le tissu même de la plèvre; cette membrane nous a paru plusieurs fois être manifestement épaissie. Les concrétions pseudo-membraneuses qui la tapissent sont en outre plus épaisses, plus friables, et se réduisent souvent entre les doigts en une matière pulpeuse, opaque et purulente. Le liquide épanché est rarement citrin, limpide; mais presque toujours il est opaque, laiteux ou tout à fait purulent. Il exhale une odeur fade, alliacée, et quelquefois fétide, surtout s'il existe une fistule pulmonaire : dans ce cas, on trouve dans la plèvre une certaine quantité de gaz. Le liquide existe en général en proportion considérable : aussi trouve-t-on communément le côté du thorax très-dilaté, le médiastin, le cœur et le diaphragme refoulés ou déviés, enfin le poumon tellement atrophié, qu'il présente souvent à peine une épaisseur de 9 à 14 millimètres; il est recouvert de fausses membranes très-épaisses : c'est ce qui explique l'erreur de quelques auteurs anciens, qui ont supposé que, dans ces cas, le poumon avait été détruit par la suppuration. L'organe n'occupe pas toujours la même place : tantôt, comme le note M. Oulmont, il est refoulé en haut et en dedans contre le médiastin; tantôt il est repoussé en avant et en haut; ou bien il est aplati contre la colonne vertébrale ou refoulé en arrière. Ce poumon, ainsi affaissé et comprimé, n'est plus susceptible de reprendre son ampleur première, et quelque effort qu'on fasse, on ne parvient guère par l'insufflation qu'à doubler son volume, même après l'avoir débarrassé des fausses membranes qui le tapissent et qui le brident (1).

La pleurésie chronique coexiste très-fréquemment avec des tubercules pulmonaires; on rencontre certainement de ces productions chez les huit dixièmes de ceux qui succombent; il y en a non-seulement dans les poumons, mais aussi dans les fausses membranes de la plèvre. Ils sont, en général, plus nombreux

(1) Thèse de Paris, année 1844.

et plus avancés dans le poumon du côté malade. La pleurésie tuberculeuse est fréquemment double.

Symptômes. — La pleurésie chronique offre à peu près les mêmes signes physiques que la pleurésie aiguë : il y a absence de vibrations thoraciques, le son est complètement mat, le bruit respiratoire affaibli ou nul, ou remplacé par du souffle, suivant le plus ou moins d'abondance du liquide. L'égophonie pourtant est un phénomène rare dans la pleurésie chronique, elle n'existe guère qu'à l'époque où l'épanchement est encore peu abondant; mais aussitôt que la quantité de liquide est devenue considérable, on constate, avec une matité absolue, une absence complète, à l'auscultation, de toute espèce de bruit naturel ou morbide, soit pendant l'inspiration et l'expiration, soit encore lorsque le malade tousse ou parle. M. Oulmont conteste ce dernier fait : il affirme que le retentissement de la voix ne disparaît jamais complètement, quelque abondant d'ailleurs que soit l'épanchement. Si, dit-il, le malade parle, on entend la voix résonner partout : elle semble arriver des profondeurs de la poitrine, en conservant un timbre clair, net, un peu tremblotant, mais rarement articulé; en se rapprochant de la ligne du niveau du liquide, ce retentissement se transformerait en égophonie. C'est là un phénomène que je n'ai pas encore vérifié moi-même, tandis que j'ai rencontré nombre d'épanchements pleurétiques ne donnant à l'auscultation de la voix et sur toute leur surface aucune espèce de retentissement.

J'ai dit que dans les épanchements très-abondants, lorsque le poumon comprimé est réduit à un petit volume, on ne percevait plus de bruit pendant les mouvements respiratoires, excepté le long du rachis, dans le point même où l'organe est refoulé : là, en effet, on distingue un bruit respiratoire rude ou un souffle plus ou moins bruyant. Mais dans les cas où le poumon est moins comprimé, lorsque surtout la compression est effectuée moins par du liquide que par des couches épaisses de fausses membranes, on peut entendre un souffle bronchique plus ou moins bruyant, et c'est plus souvent encore dans la pleurésie chronique que dans celle qui est aiguë qu'on constate ce souffle fort, bruyant comme les souffles caverneux et amphoriques, uni parfois à un véritable gargouillement, phénomènes rares, insolites, sur lesquels j'ai précédemment (page 424) appelé l'attention.

C'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on trouve une ampliation plus ou moins grande du côté correspondant de la poitrine. L'inspection suffit souvent pour la faire constater; mais pour en préciser l'étendue, pour se rendre compte des changements survenus dans l'épanchement, on doit pratiquer la mensuration avec un ruban inextensible ou avec l'instrument proposé récemment par M. le docteur Woillez, et qu'il nomme *cyrtomètre* (1). Lorsque l'épanchement remplit tout un côté de la poitrine, celui-ci présente à la vue une ampliation générale, les espaces intercostaux sont agrandis, enfin on constate le déplacement d'un ou de plusieurs organes : ainsi dans la pleurésie droite le foie se trouve refoulé au-dessous du rebord costal; dans la pleurésie gauche, outre la rate et l'estomac qui éprouvent un déplacement analogue, on constate surtout une déviation du cœur telle, que sa pointe bat parfois dans la région axillaire droite. En général pourtant, la déviation est beaucoup moindre, et c'est sur le bord droit du sternum, ou à son voisinage, qu'on perçoit l'impulsion cardiaque. Le côté semble, en outre, immobile pendant les mouvements respiratoires, tandis que le côté sain se dilate comme de coutume. En même temps

(1) Recueil de la Société médicale d'observation, 1857, t. I.

les malades éprouvent une toux plus ou moins fréquente : ils sont oppressés, essoufflés, surtout lorsqu'ils remuent ; ils restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté : toute autre position est impossible ou ne peut être conservée que momentanément. Il est assez rare, en effet, que le décubitus soit indifférent ; il est plus rare encore qu'il n'ait lieu que sur le côté sain, comme Morgagni en a rapporté un exemple d'après Valsalva, et comme j'en ai vu moi-même plusieurs cas, circonstance tout à fait insolite et dont on ne saurait donner une explication un peu satisfaisante.

Les symptômes généraux et sympathiques qu'on observe dans la pleurésie chronique diffèrent suivant la période de la maladie, suivant son mode d'origine et la cause qui l'a produite ou qui l'entretient. Lorsque la pleurésie est chronique d'emblée, c'est-à-dire primitivement, elle ne s'annonce, le plus ordinairement, par aucune douleur locale ; la fièvre aussi manque complètement, ou bien elle est irrégulière et elle apparaît sous forme d'accès plus ou moins franchement intermittents. Les malades accusent une toux sèche ; ils sont oppressés, gênés quand ils respirent ; ils ont de l'anhélation en marchant ; mais cependant assez fréquemment la dyspnée est presque nulle, les malades du moins n'en ont pas conscience, et quelques-uns, ayant un côté du thorax littéralement rempli de haut en bas, peuvent se livrer encore à des travaux plus ou moins pénibles. Ils conservent l'appétit et à peu près l'intégrité de leurs forces.

Ces faits, quelque exceptionnels qu'ils soient, ne sont pas néanmoins fort rares dans la pratique nosocomiale. Presque toujours pourtant un épanchement pleural se formant lentement et d'une manière latente détermine du malaise ; les individus perdent l'appétit et les forces, ils pâlisent et maigrissent.

La pleurésie chronique succède-t-elle à l'état aigu, on voit d'abord la douleur et la fièvre diminuer ou même cesser tout à fait ; mais les signes physiques démontrent en même temps que l'épanchement reste stationnaire, ou même qu'il augmente. Quel que soit son mode d'invasion, si la pleurésie se rattache à l'existence de tubercules pulmonaires, soit comme phénomène primitif, soit comme accident consécutif, l'amaigrissement fait des progrès rapides et n'est en rapport ni avec l'ancienneté de la maladie ni avec l'état des voies digestives. Bientôt la fièvre hectique se déclare ; il y a des sueurs nocturnes et un dévoiement, sinon continu, du moins sujet à de fréquents retours. Souvent la coexistence de tubercules pulmonaires ne se révèle guère, du moins pendant longtemps, que par des signes d'étisie ; car les tubercules existent surtout en grand nombre ou presque exclusivement dans le côté qui est le siège de l'épanchement : or, celui-ci ne permettant pas à l'expansion du poumon de se faire, il s'ensuit que les signes d'auscultation capables de révéler la présence des produits accidentels sont très-souvent obscurs et même tout à fait nuls.

Les signes de dépérissement, l'appareil fébrile rémittent, les sueurs nocturnes, la diarrhée colliquative, peuvent exister dans des épanchements non compliqués de tubercules ; mais il faut alors que le liquide contenu dans la plèvre soit tout à fait purulent.

La pleurésie chronique est quelquefois double ; il est rare alors qu'elle ne se lie point à l'existence de tubercules pulmonaires.

Durée. Terminaisons. — La pleurésie chronique a une durée toujours longue et tout à fait indéterminée ; elle persiste ordinairement pendant deux, trois ou quatre mois ; il n'est pas rare qu'elle se prolonge pendant six mois, elle peut même durer un ou deux ans. Elle se termine par la guérison ou par la mort.

Si la maladie a une issue funeste, on voit les malades s'affaiblir de plus en plus ; un œdème, d'abord limité aux parois de la poitrine, gagne bientôt le reste

du corps ; enfin la mort arrive précédée par les symptômes ordinaires de la fièvre hectique. Si, au contraire, la pleurésie a une heureuse terminaison, les symptômes généraux s'amendent avant même que l'auscultation et la percussion fassent reconnaître aucun changement favorable dans l'état de la poitrine. Bientôt pourtant la matité diminue ; l'expansion pulmonaire se perçoit de haut en bas, sans jamais être précédée par l'*égophonie de retour*. Le poumon qui a été longtemps comprimé par l'épanchement ne peut plus, lorsque celui-ci est résorbé, reprendre son volume primitif ; il existerait donc un espace vide dans la poitrine, s'il n'était comblé par des changements survenus dans les parois thoraciques, changements que Larrey et Laënnec surtout ont décrits avec beaucoup de précision.

Le poumon ne pouvant, dans les cas dont nous parlons, se dilater suffisamment, on voit les côtes se rapprocher de lui, et combler ainsi le vide que le liquide a laissé après sa résorption. En même temps, les espaces intercostaux diminuent, les côtes rentrent en dedans et s'arrondissent ; elles prennent une forme prismatique et triangulaire par suite de la production à leur face interne d'une concrétion osseuse née entre le périoste et la côte sous l'influence du travail inflammatoire qui de la plèvre s'est irradié jusqu'à l'os. Cet ostéophyte constitue, pour ainsi dire, une côte surajoutée et concentrique à la côte primitive. Ce point curieux d'anatomie pathologique a été parfaitement étudié par M. Parise, professeur à l'école de médecine de Lille (1). Les changements dont nous parlons produisent un rétrécissement plus ou moins considérable de la cage thoracique. L'inspection seule suffit le plus ordinairement pour faire constater une inégalité dans les deux côtés du thorax, et leur mensuration comparative prouve qu'il existe souvent entre eux une différence de 3 centimètres et plus dans le diamètre transverse. Le côté rétréci est aussi plus court ; l'épaule est plus basse, le mamelon est déprimé et situé plus bas que celui du côté opposé ; les muscles, surtout le grand pectoral, semblent atrophiés ; souvent la colonne épinière finit par s'infléchir et forme une courbure dont la concavité est tournée du côté malade : aussi ces individus semblent penchés sur le côté affecté ; c'est ce qui donne à leur démarche quelque chose d'analogue à la claudication. Chez la plupart d'entre eux, le côté rétréci offre pendant tout le reste de la vie un son plus ou moins obscur ; le bruit respiratoire y est faible ou nul. Lorsque le rétrécissement est porté à ce point, il est assez rare que les malades reprennent leur état primitif de santé : ils restent, en effet, plus ou moins débiles ; ils s'essoufflent facilement, et n'ayant presque qu'un seul poumon, il s'ensuit que les maladies de poitrine, même les plus légères, comme la bronchite simple, sont plus incommodes et plus graves chez eux.

Cependant le rétrécissement de la poitrine est rarement porté au degré dont nous parlons. Dans la plupart des cas, il n'est que partiel et borné au quart ou au cinquième inférieur. Ici, la percussion est ordinairement moins sonore, et le bruit respiratoire s'y entend plus faible que partout ailleurs. Quelle que soit d'ailleurs son étendue, cette lésion est persistante ; elle est presque toujours indélébile ; toutefois Chomel a rapporté une observation curieuse et peut-être unique dans la science, qui prouverait que la poitrine, considérablement rétrécie à la suite d'une pleurésie chronique, pourrait reprendre après plusieurs années ses dimensions premières, et que, dans les cas où un côté se rétrécit par suite de la compression et de l'atrophie du poumon qui y est contenu, l'autre côté pourrait s'agrandir, comme pour suppléer à l'impuissance de son

(1) Archives de médecine, 4^e série, t. XXI, p. 320 et 448.