

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 erreur 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 de ces 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 circonscire 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. Cependant, si l'on réfléchit que la pneumonie, quoique incomparablement 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, sinen 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'hypochondre 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

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 avantageusement 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 émoullissants 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 convient 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, alliécée, 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 421) 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.