

constituent un puissant moyen de résolution dans la pneumonie, quel que soit d'ailleurs l'âge des malades. Les vésicatoires conviennent, en effet, aussi bien chez les enfants que chez les adultes; chez les premiers je les applique même un peu plus tôt que chez les seconds.

Parmi les complications de la pneumonie que nous avons étudiées précédemment, le délire est à peu près la seule qui exige quelquefois une médication spéciale. Si le trouble des facultés intellectuelles se rattache à une phlegmasie des méninges, ou si, survenu dès le début, il dépend de l'intensité de la fièvre, c'est une raison de plus pour insister sur les antiphlogistiques. Mais si le délire s'accompagne de cette série d'accidents qui caractérisent la forme ataxique, on devra, à l'exemple de Récamier, donner le musc en pilules et mieux encore en potion; les doses de 50 à 75 centigrammes sont généralement insuffisantes; même chez les enfants, le musc pour agir doit être donné à la dose de 2 ou 3 grammes; on obtiendra quelquefois par lui une sédation prompte du système nerveux. Si l'excitation est vive, le délire bruyant, je lui associe parfois un peu d'opium (5 à 10 centigrammes), mais celui-ci est surtout efficace contre le délire ébrié qui vient si souvent compliquer la pneumonie parvenue au huitième ou dixième jour. On donnera en même temps au malade une petite quantité de vin, quel que soit d'ailleurs l'état général. Comme cette forme de délire est née par suite de la suppression brusque des alcooliques chez des sujets qui en font habituellement abus, il est de règle, pour en prévenir l'explosion, de permettre l'usage du vin dès le début de la maladie, et concurremment avec les émissions sanguines dont il faut pourtant être un peu moins prodigue chez les sujets dont je parle.

Ce n'est pas uniquement dans les conditions dont il s'agit ici que l'opium est utile; il l'est, en outre, à toutes les périodes de la maladie, pour diminuer une douleur trop vive ou pour procurer le sommeil. Cependant quelques médecins sont encore assez timorés pour proscrire tout à fait ce remède, craignant, en l'employant, ou d'exciter la fièvre, ou de favoriser la suppuration. Ces appréhensions ne sont nullement fondées.

Il est un autre moyen adjuvant que la plupart redoutent, et qui pourtant peut rendre quelques services: je veux parler du bain tiède, recommandé par Hippocrate dans son *Traité du régime dans les maladies aiguës*. Employé par Chomel, j'ai eu à m'en louer bien souvent et je ne l'ai jamais vu nuisible; il doit être donné dans ces pneumonies stationnaires qui s'accompagnent d'une chaleur vive et sèche de la peau. Un bain tiède pris dans ces conditions assouplit la peau, provoque la sueur, et favorise ainsi le travail de résolution. Pour éviter toute espèce de refroidissement, le bain sera donné à côté même du lit du patient, dans une chambre bien chauffée et à l'abri de tout courant d'air; l'eau sera maintenue à la même température; le malade sera retiré du bain très-prompement, enveloppé aussitôt dans du linge très-chaud, puis couché dans un lit bien bassiné: avec ces précautions, le bain ne présente aucun inconvénient.

La forme que la pneumonie revêt doit modifier le traitement. Dans les pneumonies bilieuses, il y a un élément nouveau qu'il faut combattre par les évacuants; mais tous les moments ne sont pas également opportuns pour obéir à cette indication. Lorsque cet état coexiste avec une vive réaction fébrile, avec un pouls fort, développé, il faut le négliger pour ne s'occuper que de l'élément inflammatoire, et il arrive souvent alors que les antiphlogistiques triomphent à la fois et de la fièvre et de la complication bilieuse. Si, au contraire, l'état bilieux prédomine, si le pouls est faible, mou, il faut commencer par donner un éméto-cathartique. L'emploi des évacuants dans la pneumonie doit être res-

treint aux cas où il y a une indication positive. On ne saurait, par conséquent, en faire une méthode générale.

Le traitement des pneumonies typhoïdes est bien plus difficile, car aucune méthode n'est applicable à tous les cas; il faut même varier la médication suivant la période de la maladie. Ainsi, au début, il y a souvent nécessité de tirer du sang; mais il faut le faire toujours avec prudence; si plus tard la faiblesse est grande, si les fonctions cérébrales sont perversées, il faut oublier la nature inflammatoire de la maladie pour ne s'occuper que de l'indication vitale, c'est-à-dire administrer le quinquina et le vin: c'est, en effet, ce qui a souvent lieu chez les vieillards. Dans les formes intermittentes et rémittentes, on doit donner le sulfate de quinine le plus tôt possible; mais si l'on n'est appelé qu'au moment de l'accès, on devra, s'il y a beaucoup de douleur et d'oppression, recourir préalablement à une émission sanguine. Enfin, le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. En règle générale, il convient de n'employer les débilitants qu'avec la plus grande circonspection, et de choisir ceux qui prostrant le moins et qui soulagent le plus vite: à ce double titre, l'émétique à haute dose sera souvent préféré. Je ne prétends pas dire pourtant qu'il ne faut pas saigner; mais je veux seulement qu'on réserve la saignée pour quelques cas, et qu'on n'en use jamais qu'avec modération. En raison de l'état des forces, les saignées locales, surtout à l'aide des ventouses, seront souvent les seules possibles; mais en pareil cas on trouvera un utile auxiliaire dans les larges vésicatoires, qu'on devra même renouveler une ou plusieurs fois.

Les révulsifs énergiques, tels que sétons, cautères ou moxas, l'emploi à l'intérieur d'agents dits *altérants*, tels que l'iodure de potassium, le calomel à doses fractionnées, le bicarbonate de soude, les eaux naturelles de Vichy, sont les principaux moyens à opposer aux indurations chroniques des poumons.

DE LA PLEURÉSIE

Le mot *pleurésie*, qui a longtemps signifié toute douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine, est aujourd'hui exclusivement consacré pour désigner l'inflammation de la plèvre.

Divisions. — La pleurésie est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. On la divise aussi en *générale* et en *partielle*, suivant que la phlegmasie occupe la plèvre dans toute son étendue, ou suivant qu'elle est limitée à un espace plus ou moins circonscrit. C'est ainsi que la pleurésie est dite *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine*, *interlobaire*, suivant que l'inflammation est bornée à la plèvre qui recouvre les côtes et la face correspondante des poumons, ou à celle qui tapisse le diaphragme, le médiastin ou la scissure interlobaire.

Historique. — La pleurésie est mentionnée depuis un temps immémorial; néanmoins les médecins ont eu pendant longtemps sur elle des idées peu précises. Confondue pendant des siècles avec la pneumonie, décrite comme affection distincte par Boerhaave et par de Haen, confondue de nouveau par Haller, par Tissot, par Cullen et par Portal, elle a été définitivement séparée par Pinel; enfin Laënnec, en apprenant à la reconnaître sur le vivant et à la distinguer de la pneumonie, chose difficile avant lui, a mis fin à toutes les disputes. Cette maladie a été l'objet de quelques travaux de la part de plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels je citerai après Laënnec, MM. Cruveilhier (1), Andral (2),

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. PLEURÉSIE.(2) *Clinique médicale*, t. IV.

Chomel (1), Hirtz (2), Heyfelder (3), Damoiseau (4), Oulmont (5) et Baron (6). Ce dernier a étudié la pleurésie du jeune âge.

De la pleurésie aiguë.

Anatomie pathologique. — Dans la pleurésie, la plèvre paraît rouge, injectée; mais nous avons vu précédemment que cette injection pénétrait rarement la membrane elle-même, et qu'elle existait seulement dans le tissu cellulaire subjacent. La plèvre d'ailleurs n'a subi aucune altération appréciable de nutrition. Dans quelques cas seulement elle nous a paru se détacher plus facilement, ce qui peut tenir bien moins à une lésion propre qu'à une altération du tissu cellulaire, qui est le siège de l'injection phlegmasique. Cependant la pleurésie compte à peine quelques jours et parfois quelques heures de durée, que déjà on constate dans la cavité pleurale un épanchement dont la quantité varie depuis quelques grammes jusqu'à 6 ou 8 litres. Il est communément séro-albumineux, de couleur citrine, plus souvent louche, opaque, quelquefois jaune verdâtre, complètement purulent, beaucoup plus rarement il est rougeâtre et formé par du sang plus ou moins pur : la pleurésie, dans ce dernier cas, est nommée *hémorrhagique*. Des concrétions albumineuses et membraniformes existent toujours en quantité plus ou moins considérable dans le fluide épanché; parfois il n'y a que quelques flocons rares et grisâtres; le plus souvent l'exsudation albumineuse forme le quart ou le tiers de l'épanchement. Quelquefois même il n'existe pas ou à peine de sérosité, mais la plus grande partie de la cavité pleurale est remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, opaque ou demi-transparente, parfois semi-fluide comme de la crème, ayant le plus souvent la consistance de l'albumine cuite ou de la couenne inflammatoire. Elle est épanchée en masse vers les gouttières vertébrales et sur le diaphragme; ou bien elle tapisse les surfaces pariétale et viscérale de la plèvre, qu'elle fait adhérer immédiatement, ou par des lames plus ou moins allongées. Les concrétions sont disposées tantôt uniformément, tantôt sous forme de granulations plus ou moins confluentes, ou bien par plaques irrégulières, d'une épaisseur qui varie entre 1 et 6 millimètres. Lorsqu'on les détache, on trouve au-dessous d'elles la membrane séreuse avec sa transparence, son poli, son épaisseur, sa consistance, et souvent avec sa couleur normale. Lorsque les fausses membranes existent seules et sans aucun épanchement liquide, on dit que *la pleurésie est sèche*. Enfin, des fluides aëriiformes se rencontrent quelquefois dans la plèvre enflammée; leur présence indique presque toujours une perforation pulmonaire ou bien une gangrène de la plèvre. Cette dernière altération est d'ailleurs excessivement rare. En même temps que ces lésions existent, on constate divers changements dépendants de l'épanchement lui-même. Celui-ci est-il considérable, le côté correspondant de la poitrine est dilaté; les espaces intercostaux sont élargis; le diaphragme est refoulé vers le ventre; le médiastin et le cœur sont déviés vers le côté sain; mais les principaux effets de compression se remarquent vers le poumon, qui est ordinairement refoulé dans la gouttière vertébrale; son tissu est flasque, grisâtre, exsangue et vide d'air. Les expériences de M. Oulmont tendent à prouver que quelques heures de compression suffisent

(1) Dictionnaire de médecine, 1^{re} et 2^e édition, art. PLEURÉSIE.

(2) Archives, 2^e série, t. XIII, p. 172.

(3) Extrait dans Archives, 3^e série, t. V, p. 59.

(4) Archives, années 1843, et Thèse de Paris, 1845.

(5) Thèse de Paris, 1844.

(6) Thèse de Paris, 1844.

pour que l'organe ne puisse reprendre, par l'insufflation la plus forte, son volume primitif; c'est à peine même si l'on peut, par ce moyen, le soulever et le distendre un peu.

Lorsque la mort arrive à une époque éloignée, on trouve la partie liquide de l'épanchement diminuée ou même tout à fait résorbée; le poumon, moins comprimé, se développe et n'est plus séparé des parois thoraciques que par l'exsudation albumineuse qui tend à s'organiser. Il suffit de quelques jours pour que l'on voie souvent, dans l'épaisseur des fausses membranes, des lignes rougeâtres s'anastomosant à la manière des vaisseaux; cependant, dans la plupart des cas, on ne reconnaît pas cette disposition vasculaire; mais on voit les concrétions membraniformes, molles, albumineuses d'abord, se rapprocher d'autant plus de l'organisation du tissu cellulaire qu'on les examine à une époque plus éloignée. Enfin, au bout d'un temps variable, et qui rarement est moindre de quelques mois, la transformation celluleuse est complète. On voit alors des lames plus ou moins étroites, qui font adhérer l'une à l'autre les plèvres costale et pulmonaire dans une partie ou dans la totalité de leur étendue. C'est exclusivement à une pleurésie antérieure qu'il faut rapporter les adhérences partielles ou générales des plèvres qu'on rencontre chez un très-grand nombre d'adultes et de vieillards. Ces adhérences elles-mêmes peuvent devenir consécutivement le siège de toutes les altérations et transformations propres au tissu cellulaire: c'est ainsi qu'on les a vues s'enflammer, se transformer en tissu fibreux, s'incruster d'une matière cartilagineuse ou osseuse; s'infiltrer de sang, ou devenir le siège de produits hétérologues. Les adhérences peuvent être générales ou partielles. Dans ce dernier cas, elles peuvent circonscire des espaces plus ou moins considérables dans lesquels la plèvre est intacte; si celle-ci vient à s'enflammer plus tard, l'épanchement qui se produira sera comme enkysté: la pleurésie sera dite alors *partielle* ou *circonscrite*. Cette variété peut exister dans tous les points de la plèvre; mais on la trouve spécialement dans la scissure interlobaire, à la face convexe du diaphragme et à la partie postérieure, inférieure ou latérale de la poitrine. Dans ces espèces de pleurésies, l'épanchement, pour peu qu'il soit abondant, a pour effet constant de refouler fortement le tissu pulmonaire et de s'y creuser une cavité; aussi a-t-on souvent cru alors à l'existence d'un abcès du poumon. Il est pourtant facile d'éviter l'erreur: car si l'on évacue le liquide et si l'on détache la fausse membrane, on reconnaît que la plèvre est intacte au-dessous d'elle, et que le tissu pulmonaire n'a pas été érodé, mais seulement déprimé. Ces pleurésies partielles coexistent souvent avec des tubercules dans les poumons; elles sont peut-être plus souvent chroniques qu'elles ne sont aiguës.

M. Beau a dit (1) que, dans les pleurésies simples comme dans les pleuro-pneumonies, la phlegmasie se propageait constamment aux nerfs intercostaux qui sont en contact presque immédiat avec la plèvre malade, et cela dans le tiers postérieur de leur trajet, c'est-à-dire jusqu'à l'angle des côtes. Cette lésion consisterait en une injection souvent vive du cordon nerveux; celui-ci serait augmenté de volume, mais sans modification dans la consistance du tissu. Il n'est personne, je crois, qui ait vérifié les faits avancés par M. Beau. Dans quelques cas, j'ai trouvé comme lui le névralgisme rouge, mais il n'y avait en même temps aucune altération dans le volume ni dans la consistance du cordon nerveux, et je me suis demandé s'il n'y avait pas seulement alors une de ces rougeurs par imbibition si fréquentes au pourtour des parties enflammées.

(1) Archives générales de médecine, année 1847.

Symptômes. — La pleurésie peut avoir des prodromes; mais son début est ordinairement brusque, et il est moins souvent marqué par un frisson initial que ne l'est celui de la pneumonie. La douleur de côté manque, au contraire, beaucoup plus rarement que dans cette dernière. Elle siège presque toujours à la région mammaire; quelquefois elle existe inférieurement à la base de la poitrine, ou bien en arrière, dans le dos ou dans les lombes, plus rarement vers l'aisselle. Elle est presque toujours vive, pongitive, déchirante, fixe ou peu mobile; elle augmente par la toux, par les inspirations et par la pression intercostale. La plupart la font dépendre directement de l'inflammation de la plèvre, tandis que M. Beau la rapporte à l'inflammation concomitante des nerfs intercostaux. Ce médecin observe que si la douleur pleurétique se fait presque toujours sentir vers la région du sein, c'est-à-dire loin du siège de l'altération des nerfs, c'est en raison de la propriété qu'ont ces organes, quand ils sont enflammés, de faire éprouver leurs principales souffrances dans leurs extrémités périphériques; et si généralement les malades accusent la douleur la plus vive à la partie antérieure du sixième ou du septième espace intercostal, c'est que, chez la plupart, la septième côte serait celle qui exécuterait le plus de mouvements. Mais pourquoi, quelle que soit d'ailleurs la terminaison de la maladie, la douleur de côté se calme-t-elle, cesse-t-elle même le plus souvent, tandis que l'altération anatomique persiste, s'aggrave et souvent se généralise? C'est là, suivant nous, une grave objection: car rien de pareil n'a lieu dans la névrite véritable, dont la douleur constitue un des symptômes les plus opiniâtres. J'ai dit plus haut, d'ailleurs, que l'existence d'une névrite était fort problématique sur le cadavre même.

La douleur pleurétique, quel qu'en soit d'ailleurs le siège, s'accompagne toujours d'une dyspnée, d'une oppression plus ou moins grande. La respiration est courte, fréquente, anxieuse; il existe aussi une toux sèche et pénible. Si l'on ausculte le côté malade, il peut arriver que le bruit soit déjà affaibli, bien qu'il ne se soit pas encore formé d'épanchement, ainsi que la percussion le démontre en faisant entendre un son tout à fait physiologique. L'affaiblissement du murmure vésiculaire que l'on constate dans cette période de la maladie dépend probablement de ce que, en raison de l'intensité de la douleur, les malades dilatent incomplètement la poitrine et introduisent à chaque inspiration une quantité d'air beaucoup moins considérable que de coutume.

Une exhalation séro-albumineuse ne tarde pas à se faire dans la plèvre enflammée. Lorsque aucune adhérence ne s'y oppose, le liquide s'épanche dans le point le plus déclive de la cavité pleurale. Ce point n'est pas situé, comme on le dit, près du rachis; mais, d'après les recherches de MM. Damoiseau et Maillot, il correspondrait à la concavité de la grande courbure des côtes, à peu près à égale distance de la colonne vertébrale et du sternum, et chez quelques sujets à l'union du tiers postérieur avec deux tiers antérieurs de la côte: c'est donc là que, par la percussion, on constate d'abord une diminution de la sonorité, et, si l'épanchement est considérable, une matité même plus complète que celle que l'hépatisation produit. J'admets, contrairement à M. Skoda, que le plus léger épanchement, soit liquide, soit albumino-fibrineux, diminue la sonorité et donne au doigt qui percute la sensation d'une plus grande résistance. Les modifications de son et d'élasticité seront perçues si l'on ne percute pas trop fortement, et je ne comprends point qu'il faille une couche de liquide de plus d'un centimètre d'épaisseur interposée entre le poumon et la paroi pectorale pour diminuer la résonance de la poitrine: c'est pourtant ce que M. Skoda a essayé de prouver.

L'auscultation fournit des résultats plus variés, plus intéressants. Le murmure vésiculaire, faible d'abord et éloigné de l'oreille, peut cesser d'y être perçu; d'autres fois, le bruit normal est remplacé par un souffle tubaire plus ou moins analogue à celui que nous avons déjà noté dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie. Toutefois ce phénomène est ici un peu moins constant que dans l'hépatisation; il n'a lieu, parfois, que d'une manière passagère, et il offre communément un timbre moins résonnant; il est plus doux à l'oreille; il est aussi plus superficiel que celui qui est produit par l'endurcissement du tissu pulmonaire. Comme ce dernier, on l'entend dans les deux temps de la respiration. Dans quelques cas, cependant, le souffle est aussi rude et aussi bruyant que dans une hépatisation, et même il peut, très-exceptionnellement, donner à l'oreille la sensation du souffle caveux et amphorique, ainsi que MM. Barthez, Rilliet, Béhier et Landouzy en ont cité quelques exemples (1). Si dans ces cas il existe une bronchite concomitante, on pourra percevoir un véritable gargouillement, bien que le poumon ne soit creusé d'aucune excavation. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois; mais ces faits, dont on a un peu exagéré la fréquence, peuvent rarement donner lieu à des erreurs de diagnostic, pour peu que le médecin soit attentif et habitué aux explorations. L'auscultation de la voix fournit aussi dans la pleurésie un signe des plus importants. Si l'on fait parler le malade pendant que l'oreille est appliquée au niveau de l'épanchement, on sent que la voix retentit autrement que du côté sain. Lorsque l'épanchement est médiocrement abondant, la voix est aigre, tremblotante, saccadée, elle a de l'analogie avec le bêlement d'une chèvre; de là le nom d'*égophonie* que Laënnec a donné à ce phénomène. Ailleurs c'est un bruit criard, tout à fait semblable à la voix de *Polichinelle* ou au son du *mirliton*. Enfin, dans quelques cas rares, c'est une bronchophonie qui ne diffère en rien de celle qu'on entend dans un poumon hépatisé, ou bien encore il y a une véritable pectoriloquie, sans qu'il existe pourtant ni tubercules ni cavernes. MM. Barthez et Valleix ont surtout insisté sur cette particularité, qu'il faut connaître afin d'éviter de graves erreurs dans le diagnostic. Le phénomène de l'égophonie existe rarement dans toute l'étendue de l'épanchement; le plus souvent on le perçoit entre le rachis et l'omoplate, au pourtour de cette dernière, et dans une zone de 6 à 9 centimètres de large, ou bien entre l'omoplate et la mamelle. Il disparaît lorsque l'épanchement diminue ou lorsqu'il devient trop considérable; dans ce dernier cas, en même temps que le son est complètement mat, la voix cesse de retentir, et l'on finit même par ne plus entendre pendant la respiration aucun bruit naturel ni morbide, excepté pourtant le long du rachis, où le poumon est refoulé par l'épanchement, et où par conséquent on peut encore distinguer le murmure vésiculaire.

Le liquide étant un mauvais conducteur, il s'ensuit que dans les épanchements même très-peu considérables, on voit cesser complètement le frémissement vibratoire des parois thoraciques. C'est ce qu'on constate aisément si, faisant parler le malade, on applique simultanément la paume d'une main au niveau de l'épanchement, et la main opposée sur le côté sain, dans le point correspondant: la première, en effet, n'aura aucune sensation, tandis que la seconde percevra distinctement un frémissement qui n'est autre chose que les vibrations de la voix transmises par les bronches et par le poumon aux parois thoraciques.

(1) *Archives générales de médecine*, année 1853, numéro de mars. — *Même recueil*, août 1854. — *Même recueil*, novembre et décembre 1856.

Les divers symptômes fournis par la percussion, par l'auscultation et par la palpation peuvent disparaître ou changer de place, lorsque, variant les positions du malade, on force le liquide épanché à se déplacer, pour s'accumuler dans les points devenus les plus déclives. Mais ce déplacement du liquide ne peut se produire que dans un très-petit nombre de cas, à cause des adhérences qui s'organisent rapidement, après deux, quatre ou six heures seulement, et qui circonscrivent l'épanchement. C'est ce que M. Skoda a constaté comme moi. Ce signe, d'ailleurs, n'a qu'une très-médiocre importance; pour le rechercher, il faut souvent donner au malade une position des plus incommodes.

Une circonstance remarquable sur laquelle M. Hirtz (de Strasbourg) a fixé plus particulièrement l'attention, c'est qu'au début de l'affection il arrive souvent que l'épanchement est répandu en lame sur une large surface: aussi le souffle et la matité existent-ils alors sur une grande étendue; mais aussitôt que le liquide, abandonnant les parties supérieures, s'accumule en entier à la base du thorax, le poumon supportant alors dans ce point une compression trop forte, et les tuyaux aériens étant aplatis, on cesse d'entendre aucun bruit morbide, tandis qu'au-dessus et dans les endroits où naguère existaient du souffle et de la matité, on perçoit le murmure vésiculaire, et à la percussion on trouve une sonorité presque normale. On pourrait croire alors à une diminution de l'épanchement, tandis qu'il n'a été que déplacé, ou plutôt concentré sur un point plus circonscrit.

Pour compléter l'examen physique, nous dirons que, dans les parties du poumon situées au-dessus de l'épanchement, souvent le bruit respiratoire nous a paru très-affaibli, si on le compare à celui du côté opposé. De plus, Skoda a noté après Williams, au-dessus de la ligne de niveau, et surtout sous la clavicule correspondante, un affaiblissement du murmure vésiculaire avec exagération de la sonorité; c'est ce que j'ai moi-même constaté le plus habituellement. M. Roger, qui a fait une étude complète de ce phénomène, en a signalé l'existence dans la plupart des cas (41 fois sur 51 pleurétiques); il l'a vu manquer dans les épanchements ou trop peu abondants ou trop anciens (1). Quelle en est la cause anatomique? C'est ce qu'il n'est pas encore possible de déterminer. Il semblait assez rationnel de l'expliquer par la production d'un emphysème vésiculaire; mais cette lésion n'existe pas nécessairement en pareil cas. Dépendrait-il, ainsi que le veut Skoda, de la réduction du poumon? car, d'après lui, un poumon réduit à un petit volume, mais contenant encore de l'air, devrait donner à la percussion un son tympanique. Cette proposition est difficilement admissible; elle nous semble d'ailleurs en contradiction avec les lois de la physique.

Indépendamment des signes locaux qui précèdent, la pleurésie s'accompagne d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Il y a de la soif et de l'inappétence; le malade garde le lit, il est couché presque toujours sur le dos, le plus souvent incliné sur le côté malade. Cependant l'épanchement, continuant à augmenter, peut arriver au point de remplir en entier la cavité thoracique. Dans ce cas, l'oppression est plus considérable; le décubitus sur le côté sain est presque toujours impossible; les malades restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté. Celui-ci est considérablement dilaté dans ses diamètres transverse et antéro-postérieur. Cette dilatation, qui peut devenir manifeste dès le deuxième jour de la maladie, est surtout marquée dans la région sous-mammaire; les espaces intercostaux sont alors plus larges, et si le

(1) Archives générales de médecine, année 1852, t. XXIX, 4^e série.

malade est maigre, on peut quelquefois sentir à leur niveau de la fluctuation, ou bien, pendant les secousses de la toux, on distingue au toucher, et souvent à la vue, la percussion du liquide. L'ampliation du côté malade se fait aussi aux dépens du côté sain et de la cavité abdominale. C'est ainsi que la pression du liquide peut être assez forte pour déprimer le médiastin et déplacer le cœur, dont on sent quelquefois battre la pointe au-dessus du mamelon droit, et même vers l'aisselle de ce côté. Plus souvent encore le diaphragme est abaissé, et l'on distingue alors au-dessous du rebord costal une tumeur formée par le foie ou par la rate, suivant que l'épanchement siège à droite ou à gauche. M. Damoiseau a établi que, dans les épanchements du côté droit, le foie éprouvait en outre une sorte de mouvement de bascule tel, que sa face inférieure pouvait devenir verticale et son bord inférieur toucher le ligament de Fallope; il a aussi émis l'opinion, plus que contestable pour nous, que l'abaissement du foie était à peu près égal dans les épanchements du côté droit et dans ceux du côté gauche.

On doit se rappeler qu'en traitant de l'anatomie pathologique de la pleurésie, nous avons établi que le poumon était l'organe qui subissait au plus haut degré les effets de la compression par le liquide épanché. Nous l'avons vu réduit en un petit volume et relégué ordinairement dans le fond de la gouttière vertébrale: aussi, dans ces cas, la poitrine rend-elle un son mat jusque sur la clavicule, et nulle part on n'entend le bruit vésiculaire, si ce n'est en arrière vers la racine du poumon, où le murmure respiratoire est très-affaibli, et où la percussion donne aussi un peu de sonorité dans l'étendue de quelques centimètres. On peut encore, dans quelques épanchements considérables, retrouver ces mêmes phénomènes au-dessous de la clavicule et dans un espace plus ou moins circonscrit, ce qui doit faire admettre alors l'existence d'anciennes adhérences qui, fixant le sommet du poumon à la plèvre costale, l'ont empêché de céder à la compression. D'autres fois enfin, comme l'a vu M. Andral, le poumon, directement refoulé en arrière et latéralement, reste appliqué sur les côtés sous forme d'une lame mince. Lorsque cette disposition existe, le bruit respiratoire, nul antérieurement, est faiblement perçu en arrière. Enfin on a vu le lobe inférieur être retenu en place par d'anciennes adhérences, tandis que le liquide était refoulé en haut; dans cette position, le lobe supérieur étant seul comprimé, la respiration cesse d'être perçue à ce niveau, tandis qu'elle existe inférieurement. Cette disposition est heureusement fort rare, car elle pourrait rendre le diagnostic très-obscur.

Dans ces épanchements qui remplissent tout un côté du thorax, un des poumons cessant d'agir et de servir à l'hématose, son congénère semble, dit-on, redoubler d'activité, et, en auscultant le côté sain, on trouverait parfois que le murmure vésiculaire est devenu beaucoup plus bruyant que d'habitude: c'est à ce phénomène que Laënnec a donné les noms de *respiration puérile* ou de *respiration supplémentaire*. Je crois qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence; je suis de plus en plus porté à admettre que ce signe n'est pas réel et qu'il n'a guère été admis que théoriquement.

Marche. — Lorsque l'épanchement diminue d'abondance par suite de son absorption, les symptômes généraux s'amendent, la fièvre cesse, le murmure vésiculaire est plus fort le long du rachis, là où il n'avait jamais cessé d'être perçu; puis on commence à l'entendre sous la clavicule et à la partie antérieure; quelques jours après, c'est sous l'omoplate; enfin il reparait peu à peu et successivement de haut en bas. Le retour de la sonorité suit exactement la même progression. Cependant les signes d'épanchement sont, en général, beau-

coup plus persistants en arrière et en bas, surtout dans le point le plus déclive de la cavité pleurale, où le liquide a commencé par s'accumuler au début. Là, en effet, on constate souvent de la matité et un affaiblissement, ou même une absence du murmure vésiculaire, pendant plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de la maladie. Il est même des individus qui conservent pendant tout le reste de leur vie cette inégalité dans la sonorité et dans l'intensité du bruit respiratoire entre les deux côtés du thorax; c'est ce qui s'explique par l'accumulation des fausses membranes, par leur conversion lente en tissu cellulaire, et par la diminution de l'action propre du poumon à la suite de la compression longue qu'il a éprouvée. Quelquefois la diminution de l'épanchement pleurétique est marquée par le retour de l'égophonie (*ægophonia redux*), phénomène qui, perçu les premiers jours de la maladie, avait disparu lorsque l'épanchement était devenu très-considérable. Cependant l'égophonie de retour n'est observée que dans les cas où la maladie ayant suivi une marche aiguë, le poumon n'a pas subi une compression trop prolongée ni trop forte: aussi ce phénomène manque-t-il constamment pendant la résorption des épanchements qui se font d'une manière très-lente. Les épanchements pleurétiques pouvant augmenter ou diminuer, sans cependant que l'auscultation et la percussion puissent faire reconnaître aucun changement dans le niveau supérieur du liquide, M. Damoiseau a proposé de tenir compte alors du degré de déplacement du foie. En notant, en effet, jour par jour, la hauteur de cet organe, on peut avoir une échelle graduée représentant le degré de plénitude de la cavité pleurale; mais cela ne s'applique, suivant nous, qu'à quelques épanchements pleurétiques du côté droit. Il importe aussi de noter qu'un abaissement du niveau de la matité n'indique pas nécessairement une diminution réelle dans la quantité du liquide. Cet abaissement, ainsi que MM. Skoda et Roger l'ont établi, pourrait provenir d'une réduction dans le volume du poumon ou de l'agrandissement de la cavité pleurale par voûture des côtes ou par dépression du diaphragme.

Cependant la partie liquide de l'épanchement ayant été plus ou moins complètement résorbée, permet bientôt le rapprochement de deux feuilletts opposés de la plèvre. Ceux-ci glissent l'un sur l'autre sans produire aucun bruit, lorsque les surfaces sont polies; il n'en est plus de même aussitôt qu'il existe des fausses membranes, surtout si celles-ci sont dures et inégales: dans ce cas, l'auscultation fait entendre, spécialement pendant l'inspiration, et le plus fréquemment dans les deux temps de la respiration, un bruit particulier, inégal, plus ou moins rude et saccadé, quelquefois perceptible à la main, circonscrit ou étendu à une grande surface, et qui donne à l'oreille la sensation du froissement de deux corps durs passant avec lenteur l'un sur l'autre. C'est à ce phénomène qu'on donne le nom de *bruit de frottement pleurétique*; c'est le *murmure ascendant et descendant* de Laënnec. Il existe presque toujours à la partie moyenne inférieure ou latérale de la poitrine, presque jamais au sommet. Dans le point où on l'entend, le murmure vésiculaire est diminué, et souvent aussi la sonorité est affaiblie; quelques malades accusent à ce niveau une douleur fixe. Enfin, après avoir persisté pendant un ou plusieurs jours, rarement pendant une ou plusieurs semaines de suite, le bruit de frottement disparaît, probablement par suite de l'absorption des fausses membranes ou de quelque changement survenu dans leur constitution. Le bruit de frottement existe quelquefois primitivement, et constitue presque le seul signe physique de la pleurésie: c'est ce qui a lieu dans cette variété de l'inflammation pleurale que nous avons nommée *sèche* à cause de l'absence de tout épanchement liquide. L'oreille a communément alors la sensation non pas de deux surfaces inégales frottant ru-

dement l'une contre l'autre, mais plutôt de bulles plus ou moins nombreuses, humides, mais mal dessinées, nullement nettes; on dirait parfois qu'on froisse une éponge très-fine et légèrement imbibée. C'est généralement pendant l'inspiration seule qu'on perçoit ce bruit qui simule beaucoup le râle sous-crépitant, mais de temps en temps on le distingue aussi pendant l'expiration, il peut même prédominer dans ce temps la respiration; cette circonstance permettra d'établir sûrement le diagnostic. Le frottement offre ce caractère un peu insolite tout à fait au début, lorsque les fausses membranes sont molles et en quelque sorte fluides, mais du jour au lendemain on voit le frottement prendre de plus en plus les caractères qui le distinguent; ceux-ci sont si nets, qu'on comprend à peine qu'on ait pu pousser l'amour du paradoxe jusqu'à nier le frottement pour en faire je ne sais quelle variété de râle. Une pareille confusion serait à la rigueur possible au début du phénomène; cependant avec de l'attention et un peu d'habitude de l'auscultation on pourra toujours *souçonner* sinon *affirmer* l'existence du froissement pleural. Ce phénomène est également distinct d'un bruit qu'on peut entendre pendant les fortes inspirations, lorsqu'un point du poumon ayant été faiblement comprimé par l'épanchement redevient perméable; on peut avoir alors la sensation d'un bruit de déplissement sec, comme si l'on insufflait une vessie, souvent on a la sensation de bulles très-fines et très-sèches comme dans la pneumonie. Ce phénomène est en général éphémère, il suffit souvent de quelques inspirations pour le faire disparaître. Ce n'est point un râle; il n'y en a pas, en effet, qui soit propre à la pleurésie. Ce bruit s'explique aisément par la pénétration de l'air dans des vésicules restées quelque temps inactives, devenues plus sèches et probablement plus petites par la compression qu'elles ont subie.

Le liquide pleurétique, au lieu d'être résorbé, est quelquefois évacué par les bronches, ou bien il s'échappe à travers les parois thoraciques. Ce mode de terminaison se rencontre plus spécialement dans les pleurésies chroniques et dans certaines pleurésies circonscrites. Nous en parlerons plus tard; nous ferons connaître alors en même temps les changements que les épanchements pleurétiques amènent dans la configuration thoracique, changements qu'on observe moins constamment et à un moindre degré après les pleurésies aiguës.

Durée. — La pleurésie a une durée variable: celle-ci peut n'être que de cinq à six jours, s'il n'y a eu qu'une faible exsudation; mais pour peu que l'épanchement soit abondant, la maladie se prolonge au moins pendant deux septénaires, et souvent pendant trois ou quatre; enfin, lorsque l'épanchement remplit tout le thorax, il faut ordinairement plusieurs mois avant que la poitrine revienne à peu près à son état physiologique.

Terminaisons. — La pleurésie aiguë se termine rarement par la mort lorsqu'elle est franche, lorsqu'elle affecte un sujet bien portant, et quand elle est exempte de complication: nous ne l'avons vue, en effet, avoir une issue funeste qu'un petit nombre de fois. Il faut excepter la pleurésie diaphragmatique, ainsi que la pleurésie double: car on conçoit que, si celle-ci est très-étendue, elle devra s'accompagner d'une grande anxiété, d'une réaction fébrile intense et d'une gêne extrême de l'hématose: aussi quelques malades meurent-ils suffoqués. Cependant il est extrêmement rare que, dans la pleurésie double, l'épanchement soit assez considérable pour produire des accidents aussi fâcheux; presque toujours, en effet, la pleurésie, très-étendue d'un côté, est très-circonscrite de l'autre; souvent même l'épanchement est médiocre dans l'un et l'autre côté. Lorsque la pleurésie a une issue funeste, la mort survient le plus souvent au milieu d'accès d'oppression et d'orthopnée; quelquefois elle arrive

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 poumons; 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-mastoïdien 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 poumons 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 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 poulmon 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 poulmon 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 poulmon 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 sont 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 poulmons, 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 alliacée. 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 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 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, 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 caveux 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 *cyrto-mètre* (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. 1.

les malades éprouvent une toux plus ou moins fréquente : ils sont oppressés, essouffés, 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'étéisie ; 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'essouffent 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 irréversible ; 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.

congénère, conformément du reste aux lois connues de la physiologie pathologique (1).

Si l'on examine quel est l'état du poumon dans ces rétrécissements de la poitrine, on trouve que l'organe adhère aux côtes à l'aide d'un tissu fibro-cartilagineux très-résistant; son tissu est flasque, rougeâtre, presque semblable à de la chair musculaire. Cette organisation, dans laquelle l'état celluleux du poumon est devenu moins évident, explique, plus encore que les fausses membranes qui doublent la plèvre, la faiblesse du bruit respiratoire.

On a discuté pour savoir suivant quel mécanisme la poitrine se rétrécissait à la suite des épanchements pleurétiques. Delpech admettait que les fausses membranes, subissant la transformation fibreuse, acquéraient la faculté de rétraction dont le tissu inodulaire est doué, et tendaient ainsi à ramener les parois de la poitrine sur le poumon; mais cette théorie, parfaitement réfutée par M. Oulmont dans sa thèse, n'est pas en effet acceptable. La fausse membrane pleurale diffère d'ailleurs beaucoup du tissu des cicatrices ordinaires, et rien ne prouve sa propriété rétractile. Pour opérer cette rétraction, comme il faut un point d'appui, et qu'il ne saurait être autre part, d'après Delpech, que sur les côtes, sur le sternum et sur le rachis, il s'ensuit que le poumon, d'après ce mécanisme, devrait être plutôt attiré que refoulé. Nous croyons préférablement que la dépression thoracique dont nous venons de parler tient à la perte d'élasticité du poumon qui, affaibli, cesse de pouvoir maintenir la poitrine dilatée.

Au lieu d'être résorbé, le liquide épanché peut se faire jour à l'extérieur. Ainsi nous avons déjà vu que l'épanchement pouvait être évacué par les bronches à la suite d'une perforation du parenchyme pulmonaire, soit qu'il y ait usure, ulcération de la plèvre de dehors en dedans, soit que cette perforation s'opère de dedans en dehors, après le ramollissement d'un tubercule ou l'abcédation d'un noyau de pneumonie. Plus rarement le liquide s'écoule à travers les parois thoraciques, à la suite d'un abcès formé dans leur épaisseur. Celui-ci offre ceci de remarquable, qu'au moment où il s'ouvre au dehors, il laisse échapper une quantité de pus qui est disproportionnée avec son volume. Lorsque l'épanchement a pris cette direction, l'écoulement du liquide est provoqué, et quelquefois même il n'a lieu que dans l'expiration ou pendant les secousses de la toux. Ces deux modes d'évacuation par les bronches ou à travers les parois thoraciques qu'on a parfois observés simultanément chez le même individu, ont presque toujours été suivis d'une issue funeste lorsque la pleurésie était générale, tandis que la guérison survient communément dans les cas où la phlegmasie pleurale n'est que partielle (2). Lorsque l'épanchement se termine comme il vient d'être dit, on observe le même rétrécissement du thorax que lorsque la guérison s'opère par résorption du liquide.

On conçoit que si la pleurésie se termine par des adhérences générales des

(1) *Pathologie générale*, 4^e édition, p. 433.

(2) Dans l'année 1860, j'ai vu guérir à l'hôtel-Dieu un individu âgé de dix-neuf ans, entré le 27 février, atteint d'une pleurésie diaphragmatique droite, et chez lequel l'épanchement se fit jour après un mois dans les bronches, et un peu plus tard dans la région lombaire. Le pus qui s'échappait par les deux voies était identique et des plus infects. Une fièvre continue, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, avaient fait redouter une issue prochainement funeste. Mais, dans le courant du mois de mai, les symptômes s'amendèrent. Au 30 juillet, le malade était guéri, et à sa sortie, qui eut lieu le mois suivant, il toussait à peine, la poitrine était sensiblement rétrécie inférieurement à droite, le bruit respiratoire y était faible, le son obscur, mais les forces étaient complètement revenues, et cet individu avait repris un embonpoint et une fraîcheur qu'il n'avait jamais eus auparavant.

deux feuillets de la plèvre, qu'il y ait ou non rétrécissement consécutif du thorax, toute récidive est devenue impossible, puisqu'il n'existe plus alors, à proprement parler, de cavité pleurale.

Diagnostic. — La pleurésie chronique est une maladie facile à reconnaître : l'ampliation du thorax, la matité à la percussion, l'absence de la respiration et des vibrations thoraciques, caractérisent suffisamment, dans la plupart des cas, la pleurésie chronique. Nous avons dit plus haut à quels signes on pouvait soupçonner si du pus était épanché dans la plèvre, et si la pleurésie se compliquait ou non de la présence de tubercules dans les poumons.

L'auscultation et la percussion seules ne sauraient révéler si l'épanchement est plutôt constitué par du liquide ou par des couches de fausses membranes épaisses, car dans les deux cas la matité est la même, la respiration et les vibrations thoraciques font également défaut, et l'on peut, dans l'un comme dans l'autre cas, constater ces souffles bronchique et amphorique que nous avons signalés comme phénomène exceptionnel dans la pleurésie chronique; mais l'inspection du thorax fournira un signe précieux : ce n'est en effet que dans les épanchements liquides qu'on constate une dilatation plus ou moins considérable des espaces intercostaux; lorsqu'il n'existe plus que des fausses membranes, les parois thoraciques ont subi un retrait notable.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer une pleurésie bornée à la partie inférieure et postérieure du côté droit d'avec une tumeur formée par le foie, comme un kyste hydatique, par exemple. Cependant, si l'on remarque que le foie déborde de beaucoup les côtes, que la matité que celui-ci fournit se continue la même à la partie inférieure de la poitrine; si, d'autre part, on considère le début lent, insidieux de la maladie, et l'impossibilité de déplacer la matité en changeant les positions du malade, on sera porté à soupçonner autre chose qu'un simple épanchement pleurétique.

La pleurésie partielle peut simuler une tuberculisation, surtout si elle occupe le sommet; car, outre la matité, il y a parfois un souffle bruyant, un retentissement broncho-égophonique de la voix; s'il y a peu de liquide, c'est un bruit de froissement pouvant simuler les craquements, et lorsque les bronches contiennent beaucoup de mucosités, une espèce de gargouillement capable d'induire en erreur une oreille exercée. Il en serait de même si le foyer des plèvres communiquait avec les bronches. Qu'on ne l'oublie point; les signes physiques sont insuffisants et plus capables dans l'espèce de faire errer que d'éclairer le médecin. Il faut donc toujours, avant de conclure, contrôler les résultats de l'exploration physique par l'étude et la comparaison des symptômes généraux ainsi que par la marche de l'affection. Comment croire, par exemple, à l'existence de tubercules ramollis, à une caverne, surtout lorsqu'il n'existe aucun signe de fièvre hectique et lorsque les signes physiques qui pourraient faire redouter ces lésions sont survenus très-promptement?

La pleurésie chronique partielle pourrait encore, à la rigueur, être confondue avec une pneumonie chronique, ou bien avec le développement d'une tumeur solide dans la poitrine; car, dans tous ces cas, il peut exister de la matité avec absence complète de toute espèce de bruit naturel ou morbide. Il n'y aura aucun moyen certain d'éviter l'erreur, à moins pourtant que l'absence d'adhérences (chose peu probable) ne permette, en variant les positions des malades, de déplacer l'épanchement. Cependant la pneumonie chronique, et surtout les tumeurs solides des plèvres, sont des affections tellement rares, que, lorsqu'on observe les symptômes précédemment indiqués, on ne doit pas hésiter à diagnostiquer presque à coup sûr un épanchement pleurétique. Ajoutons que

la pneumonie chronique, bornée à un seul lobe, peut déterminer la consomption et la mort, tandis qu'une pleurésie chronique, bornée à la moitié inférieure, si elle est sans complication tuberculeuse, n'a peut-être jamais un pareil effet. Le cancer des poumons pourrait également simuler un épanchement pleurétique chronique; mais nous verrons que dans cette affection, d'ailleurs fort rare, il y a plusieurs autres éléments de diagnostic qui pourront éclaircir nos doutes; il pourrait y avoir notamment, comme dans les cas de tumeurs solides, des signes de compression vers quelques organes qui aideraient à préciser le diagnostic, et souvent aussi on trouvera des ganglions durs et squirrheux dans les creux sous-claviculaires et axillaires, signe important comme je l'établirai plus tard. (Voyez ces maladies.)

Pronostic. — La gravité du pronostic est proportionnée à l'abondance de l'épanchement, à l'ancienneté de la maladie, à la résistance que celle-ci oppose aux remèdes employés. L'amaigrissement et la fièvre hectique sont des symptômes toujours fâcheux, car ils dépendent tantôt de la purulence de l'épanchement, tantôt d'une complication tuberculeuse. C'est cette coïncidence fréquente de la pleurésie avec les tubercules qui rend le pronostic de la maladie toujours grave. La présence de tubercules dans les poumons sera très-probable, je dirais volontiers certaine, s'il n'y avait pas quelques exceptions, toutes les fois que la pleurésie est double, pourvu qu'elle se soit développée sourdement, d'une manière latente.

Étiologie. — On ne sait rien encore de précis sur les causes prédisposantes et efficientes de la pleurésie chronique primitive. La pleurésie aiguë passe surtout à l'état chronique lorsque le traitement a été insuffisant ou irrégulier, lorsque les individus sont débilités, cacochymes, et surtout lorsqu'ils sont tuberculeux ou prédisposés à l'être.

Traitement. — Dans la pleurésie chronique, les émissions sanguines sont rarement utiles, excepté pourtant dans les cas où le sujet est robuste. Les saignées locales, faites surtout à l'aide de ventouses, sont également préférables. Le moyen le plus efficace de traitement consiste à appliquer des exutoires en plus ou moins grand nombre sur la poitrine. Les vésicatoires devront ici être très-larges et très-multipliés, il n'est pas rare qu'on soit obligé d'en appliquer successivement jusqu'à vingt, trente, quarante et plus. On les remplace parfois par des cautères, mais les exutoires plus profonds, spécialement le séton que beaucoup conseillent, sont plus douloureux, plus difficiles à supporter à cause de la maigreur des individus; je les crois, de plus, moins efficaces que des vésicatoires qu'on peut multiplier à volonté. On aidera leur action par quelques diurétiques ou par des purgatifs drastiques, si l'état du tube digestif permet d'opérer sur lui une dérivation énergique. Les fonctions de la peau seront activées à l'aide de quelques bains de vapeur. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et l'on placera les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Cependant, lorsque, la résorption ne s'opérant pas, l'épanchement reste stationnaire pendant de longs mois, lorsque surtout il s'accroît et que la fièvre hectique s'allume, ou bien lorsque par son abondance l'épanchement apporte une gêne considérable dans les fonctions respiratoires et circulatoires, lorsque la dyspnée est grande, lorsque l'épanchement, siégeant à gauche, a déplacé le cœur et que le malade est menacé de mourir d'asphyxie ou de syncope, il faut se hâter d'évacuer le liquide. Faire pour une pleurésie chronique l'opération de la thoracentèse ne constitue le plus souvent qu'un moyen palliatif. On conçoit, en effet, que le poumon, réduit à un petit volume, bridé de toutes parts par de fausses membranes,

ayant perdu toute son élasticité et sa force expansive, ne puisse presque plus se laisser pénétrer par l'air. C'est d'ailleurs ce que nous avons précédemment établi d'après des expériences faites sur le cadavre. Cette circonstance, aussi bien que la persistance de l'altération de la plèvre, explique suffisamment pourquoi l'opération de l'empyème est presque toujours inutile. Cependant ces succès si fréquents, si ordinaires, ne tiendraient-ils pas à ce qu'en France, du moins, on attend, pour donner une issue au liquide, que la maladie soit parvenue à sa dernière période? Il est certain pour nous que, si l'on opérait plus tôt, si on le faisait avant que la fièvre hectique eût déjà miné la constitution, avant que le poumon eût perdu tout son ressort, on obtiendrait des résultats plus favorables. Les faits nombreux recueillis par les anciens chirurgiens, ceux plus concluants encore publiés par quelques contemporains, prouvent en faveur de cette opinion. Ainsi, en 1844, les docteurs Hughes et Cock, tous les deux médecins de l'hôpital de Guy, à Londres, ont publié la relation de vingt cas de thoracentèse, sur lesquels sept guérirent et cinq au moins furent améliorés. Dans la même année, la *Gazette médicale de Londres* publia un autre travail du docteur Hamilton Roe, dans lequel on trouve que, sur vingt-quatre opérations d'empyème, la guérison a eu lieu dix-huit fois.

Parmi les procédés qu'on a conseillés pour ouvrir le thorax, il faut préférer à l'incision des espaces intercostaux la simple ponction avec un trocart. On y procède de la manière suivante : On incise la peau avec une lancette au niveau du bord inférieur de la huitième côte, en comptant de *haut en bas*, à 4 ou 5 centimètres en dehors du grand pectoral; puis, tirant fortement la peau en haut jusqu'à ce qu'elle corresponde au septième espace intercostal, on enfonce le trocart en rasant le bord supérieur de la huitième côte. Pour empêcher la pénétration de l'air par la canule, on devra, d'après le conseil de Reybard, adapter au pavillon de l'instrument une peau de boudin mouillée. Celle-ci a pour fonction de boucher l'ouverture de l'instrument lorsque pendant l'inspiration, le liquide cessant de couler, l'air fait effort pour se précipiter dans la poitrine. Pour faciliter l'écoulement, on conseille au malade de tousser et de faire des efforts; en même temps on exercera une compression sur la poitrine et sur l'abdomen. Lorsque le liquide étant écoulé on veut retirer la canule, il faut avoir soin que le malade reste immobile et suspendu tout à fait les mouvements respiratoires. La canule enlevée, on exprimera exactement le liquide de la plaie, car, sans cette précaution, on pourrait voir les bords s'enflammer, puis s'ulcérer, et une fistule pleurale s'établir. Il importe d'être prévenu que quelques malades éprouvent, pendant l'opération, une toux quinteuse des plus pénibles, que d'autres ont des douleurs déchirantes dans la poitrine, ce qu'on attribue à la distension et à la rupture des fausses membranes au moment où le poumon commence à se dilater.

Dans les épanchements aigus, séreux, peu anciens, il est recommandé d'évacuer tout le liquide d'un seul coup, car le poumon peut reprendre à peu près son expansion; mais peut-on agir de même dans les épanchements chroniques, lorsque le poumon a perdu son ressort et qu'il se trouve comprimé et bridé par de fausses membranes? L'expérience semble prouver que, dans ces cas, il vaut mieux évacuer le liquide peu à peu par des ponctions successives, ou bien en introduisant dans la plèvre, par la canule du trocart, une sonde flexible, par laquelle le liquide suinte peu à peu, ce qui permet au poumon annihilé depuis longtemps de se dilater progressivement et de combler le vide. Cette dernière méthode me semble, en effet, préférable dans les épanchements purulents. Mais la thoracentèse seule ne suffit pas le plus souvent; pour guérir