

sonorité, les vibrations, le murmure vésiculaire du côté affecté. Ces adhérences sont quelquefois douloureuses pendant un an ou deux, et il est souvent difficile de persuader aux malades que la douleur qu'ils éprouvent n'est pas due à une récurrence de leur ancienne pleurésie.

Quant à l'atrophie musculaire qui est la règle dans la pleurésie chronique, elle pourrait se produire dans les pleurésies aiguës et serait même toujours précoce : portant sur les muscles inspirateurs et accompagnée de parésie, elle serait une des causes de l'immobilité du côté malade ; après la résorption de l'épanchement, elle serait un facteur très important de la déformation thoracique, les muscles atteints ne pouvant résister à leurs homonymes du côté sain (Bernard, Desplats).

La pleurésie peut se terminer, mais rarement, par la mort subite ou plus ou moins rapide.

La *mort subite*, déjà observée par Lancisi, Morgagni, Stoll, a été d'abord attribuée à une syncope. Chomel, puis Trousseau, considérant qu'elle ne se produisait que dans les épanchements gauches abondants, expliquèrent la syncope par la torsion des gros vaisseaux du cœur quand cet organe était déplacé ; Bartels (1868), partant du même principe, attribuait la mort subite à la coudure de la veine cave inférieure ; malheureusement pour ces théories, la mort subite peut s'observer dans les pleurésies droites et dans les cas d'épanchement moyen. Sur 40 observations de mort subite réunies par M. Dieulafoy (1), l'épanchement siégeait dans les 2/5 des cas à droite et ne dépassait pas ordinairement 1800 grammes ou 2 litres ; Talamon a cité des cas de mort subite dans les pleurésies sèches. Bard a montré que le déplacement du cœur se fait directement et sans qu'il y ait de torsion.

Rare, relativement aux autres causes de mort subite (2 fois sur 12 cas, Goupil) (2), la syncope doit être attribuée peut-être à la compression de l'oreillette droite par un épanchement droit abondant (Garland), plus vraisemblablement à la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur (M. Raynaud), ou aux altérations du myocarde produites par la compression et l'inopexie (Sée, Comby).

Le plus souvent (7 sur 12) le malade est pris d'une anxiété profonde, d'une dyspnée extrême, d'une douleur pongitive à l'épigastre ; le corps est couvert de sueur, le pouls petit, irrégulier, les battements du cœur sourds, tumultueux ; la voix faiblit, « le malade jette quelques regards éperdus autour de lui, se cramponne à ses draps et tombe mort sur son oreiller » (Blachez), la scène a duré en tout au plus dix minutes. A l'autopsie (3), on trouve un caillot qui oblitère une grosse branche de l'artère pulmonaire, embolus détaché d'un caillot du ventricule droit, ou thrombus continu depuis le ventricule droit jusque dans les branches de troisième et de quatrième ordre de l'artère pulmonaire (Blachez) (4), thrombose dont les conditions productrices sont vraisemblablement la gêne de la circulation pulmonaire par compression du poumon et absence d'aspiration thoracique.

A côté de la syncope et de la thrombose du cœur ou de l'artère pulmonaire qui ne se produisent guère avant l'époque du vingtième au quarante-cinquième

(1) Académie de médecine, 1892.

(2) Soc. méd. des hôp., 1864.

(3) NÉGRER, Mort subite dans la pleurésie ; Thèse Paris, 1864.

(4) Union médicale, 1862.

jour de la pleurésie (Goupil), il faut placer la péricardite qui peut être incriminée dans le quart des cas, et qui amène ordinairement la mort subite vers le dixième ou le douzième jour.

La *mort rapide*, plutôt que subite, peut résulter d'une embolie cérébrale formée par un caillot détaché d'une thrombose des veines pulmonaires (Vallin) ou du cœur gauche (Potain) ; elle peut résulter encore d'une compression des veines caves supérieure ou inférieure, compression qui est annoncée par la gêne de la circulation, la cyanose, les hydropisies, l'œdème, l'albuminurie, etc.

Enfin la *mort peut survenir par suite des progrès de l'épanchement* et la gêne de l'hématose, surtout quand la pleurésie est double, ou simple, mais compliquée d'une congestion pulmonaire du côté sain : la dyspnée augmente, le visage pâle, anxieux, est couvert de sueurs, les extrémités se refroidissent, le malade tombe dans le collapsus et meurt en un ou deux jours.

**Complications.** — On vient de voir les complications mortelles de la pleurésie.

La péricardite, qui est une complication assez fréquente, n'a pas toujours cette gravité : elle guérit souvent, surtout quand elle est comme la pleurésie d'origine rhumatismale ; son pronostic est plus grave quand elle résulte de la propagation de l'inflammation pleurale au péricarde, et plus encore quand l'épanchement péricardique est dû à la compression des oreillettes ou de l'azygos par un épanchement abondant, ou à une stase de la circulation générale.

La congestion pulmonaire, en dehors de la pleuro-congestion de Potain, est rare : lorsqu'elle se produit, elle atteint généralement le poumon du côté opposé à la pleurésie et constitue une cause de mort par asphyxie.

La pneumonie complique exceptionnellement la pleurésie ; on sait, au contraire, que, à côté de la pleuro-pneumonie, il y a fréquemment des pleurésies consécutives à la pneumonie.

La bronchite est encore une complication rare, mais plus fréquente que la pneumonie.

Depuis Gendrin, on s'est beaucoup occupé des abcès péripleurétiques bien étudiés par Leplat, Gaujot, Duplay, Kiener. Ces abcès, qui sont différents des empyèmes de nécessité, en ce qu'ils ne communiquent pas avec la cavité pleurale, mais se développent à côté d'elle, évoluent comme des abcès froids, rarement comme des abcès chauds. Après les avoir considérés comme résultant de la propagation de l'inflammation pleurale au tissu présternal ou suscostal, on admet qu'ils sont dus à une périostite costale (Duplay), le plus souvent, sinon toujours, d'origine tuberculeuse (Kiener).

## V FORMES

Telle est la pleurésie séro-fibrineuse dans sa forme ordinaire, la plus commune ; à côté d'elle il est nécessaire de décrire à part quelques variétés dépendant du siège de l'épanchement, de l'étiologie de la maladie, de l'âge du sujet ; la pleurésie sèche mérite un chapitre spécial.

**Pleurésie double.** — La pleurésie séro-fibrineuse est le plus souvent unila-

térale; lorsqu'elle est double, il est exceptionnel que les deux plèvres aient été prises simultanément; la seconde est atteinte soit quelques jours après la première, soit, plus rarement, quand celle-ci ne contient plus de liquide. Le début de la seconde pleurésie n'est généralement pas marqué par un nouveau point de côté, mais assez souvent par une sensation de constriction thoracique et une augmentation de la dyspnée, en même temps que la fièvre est plus intense.

Les signes physiques indiquent l'existence du nouvel épanchement dont la quantité est tantôt supérieure, tantôt inférieure, rarement égale à celle du premier.

La marche est plus lente, excepté toutefois si la pleurésie est rhumatismale, auquel cas la guérison peut être complète d'un côté et de l'autre après sept à huit jours (Andral).

Le pronostic immédiat est plus grave, grave même si l'épanchement est faible d'un côté, abondant de l'autre, mais surtout s'il est abondant des deux côtés; le pronostic éloigné est plus sombre aussi que celui de la pleurésie simple, car la rétraction thoracique est presque la règle, se produit des deux côtés et amène une gêne permanente et très grande de la respiration.

A part les rares cas où elle est rhumatismale et se termine en quelques jours, la pleurésie double est toujours d'origine tuberculeuse.

**Pleurésie diaphragmatique.** — Décrite et confondue par les anciens avec d'autres lésions sous les noms de paraphrénitis ou phrénitis, et, au siècle dernier, sous ceux de diaphragmatite ou diaphragmite, elle fut surtout bien étudiée par Laënnec, Andral, Guéneau de Mussy, Peter, Hermil<sup>(1)</sup>.

Sans être fréquente, elle est moins rare qu'on ne le croyait autrefois. Ses causes sont celles de la pleurésie en général, et il suffit de mentionner en outre sa production au cours des cancers du foie, de l'estomac, de la rate, à la suite d'abcès de la région supérieure de l'abdomen, des péritonites localisées ou généralisées. Sur 59 cas réunis par Hermil, 25 fois la pleurésie était à gauche, 20 fois à droite, 16 fois double.

Tantôt elle coïncide avec une pleurésie costo-pulmonaire et elle passe inaperçue, ou est reconnue à l'intensité de la douleur, de l'oppression, de la fièvre et à l'immobilité du diaphragme.

Tantôt elle existe seule et c'est cette variété qui constitue vraiment la pleurésie diaphragmatique. Le début est ordinairement brusque. Le point de côté siège plus bas que celui de la pleurésie costo-pulmonaire, au niveau de l'hypochondre, dans le flanc ou à la partie inférieure de la région dorsale en arrière, avec des irradiations au creux épigastrique ou vers l'épaule; il est très violent, arrache des cris au malade (Andral), est augmenté par la pression, surtout si elle est faite en refoulant la paroi abdominale de bas en haut, par les mouvements, la respiration et surtout la toux qui est redoutée du malade, le hoquet, les vomissements. Par la pression, on provoque une douleur très vive sur différents points du nerf phrénique (Guéneau de Mussy, Peter) : 1° entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-cléido-mastoidien au point où le nerf passe sur le scalène antérieur; cette pression détermine quelquefois des irradiations douloureuses dans l'épaule, le bras, le long du sternum, de la clavicule, du cou jusqu'à la mâchoire inférieure (irradiations dans la sphère du plexus brachial et du

<sup>(1)</sup> HERMIL, Étude sur la pleurésie diaphragmatique; Thèse Paris, 1879.

plexus cervical); 2° le long du bord du sternum dans les premiers espaces intercostaux (trajet du phrénique); 3° en un point « situé assez exactement à l'intersection de deux lignes dont l'une continuerait la partie osseuse de la dixième côte et dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum » (bouton diaphragmatique, Guéneau de Mussy); 4° le long de la base du thorax sur la ligne des insertions diaphragmatiques (filets d'expansion du phrénique); 5° sur les apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales (origines du phrénique et du plexus cervical). Ces douleurs, qui sont exactement celles de la névralgie diaphragmatique, sont l'indice d'un léger degré de névrite du phrénique, névrite qui peut persister après la guérison de la pleurésie.

Le malade est assis sur son lit, courbé en avant, les mains appliquées sur les fausses côtes qu'il cherche à immobiliser, la face anxieuse, contractée, redoutant les secousses de toux. La dyspnée souvent excessive, extrême, va jusqu'à l'orthopnée (19 fois sur 40, Hermil); la respiration est fréquente, courte, convulsive, saccadée, costale supérieure (Andral). La toux est sèche, pénible, l'expectoration nulle, la voix faible, éteinte, entrecoupée.

Le hoquet a été plusieurs fois signalé (Andral, Hermil)<sup>(1)</sup>; il se répète fréquemment, surtout quand la mort est proche.

Il survient assez souvent des nausées extrêmement pénibles, suivies de vomissements généralement bilieux. Quant au rire sardonique, décrit par Boerhaave et Van Swieten, il est exceptionnel et paraît surtout dépendre de la douleur.

L'ictère, signalé par Andral dans un cas de pleurésie diaphragmatique droite, est un symptôme rare.

Le ballonnement de l'estomac (Peter) est quelquefois très marqué; il est dû à la propagation de l'inflammation pleurale au péritoine diaphragmatique, au péritoine stomacal, d'où résulte une perte de tonicité des fibres musculaires de l'estomac.

Le pouls est fréquent, concentré, dur; la température oscille entre 39 et 40 degrés; le délire est plus fréquent que dans la pleurésie costo-pulmonaire, bien qu'il soit moins fréquent que ne le croyaient les anciens, qui en faisaient la caractéristique de l'affection. Il survient dans les derniers jours et aboutit ordinairement au coma mortel.

Les signes physiques sont presque nuls. L'inspection révèle l'immobilité du diaphragme et de la base thoracique du côté malade, l'aplatissement de l'hypochondre et quelquefois sa rétraction à chaque inspiration (paralysie du diaphragme); dans les cas d'épanchement abondant, le foie (Stoll) et la rate (Andral) peuvent être refoulés. La percussion ne donne aucun résultat ou révèle simplement une légère matité limitée tout à fait à la base du thorax, au sinus pleural costo-diaphragmatique.

Les vibrations sont légèrement diminuées du côté malade.

A l'auscultation, on trouve soit un affaiblissement de la respiration qui est dû, comme la diminution des vibrations, à l'immobilité du thorax; soit, sur une faible étendue, des râles crépitants, indice d'une congestion de la base du poumon.

La pleurésie diaphragmatique peut rester limitée à la partie de la plèvre comprise entre le diaphragme et le poumon, ou, au contraire, s'étendre à la plèvre costo-pulmonaire; dans ce dernier cas, les signes physiques de l'une s'ajoutent

<sup>(1)</sup> In Thèse d'Hermil.

aux signes physiques et fonctionnels de l'autre. Guéneau de Mussy insiste sur l'abaissement de la 12<sup>e</sup> côte du côté malade, lorsque se produit cette association de ces deux pleurésies.

L'évolution de la pleurésie diaphragmatique est, en général, plus rapide que celle de la pleurésie costo-pulmonaire; elle se fait en un temps variable entre deux et six semaines.

Sa terminaison est fort variable; les divisions qu'on doit établir à ce sujet manquent de bases bien fixes, les observations n'étant pas souvent comparables et ne contenant pas l'examen du liquide épanché, en dehors des cas où la maladie s'est terminée par la mort.

Outre la forme atténuée de M. Jaccoud, forme sèche qui se termine par symphyse phréno-costale, M. Bucquoy<sup>(1)</sup> a décrit une forme bénigne dans laquelle la pleurésie, intéressant à la fois la plèvre diaphragmatique et les parties inférieures de la plèvre costo-pulmonaire, est d'abord unilatérale, puis s'étend à l'autre côté après trois à six jours, puis disparaît assez rapidement abandonnant successivement les deux côtés dans l'ordre inverse de celui où ils ont été atteints. Il faudrait, d'après M. Bucquoy, distinguer cette pleurésie double, qui survient à la suite d'un refroidissement, de la pleurésie des rhumatisants.

A côté de cette forme double, il en existe une simple qui guérit aussi presque toujours dans l'espace de trois à six semaines: c'est la pleurésie diaphragmatique aiguë ou suraiguë, la forme commune, qui comprend plusieurs variétés étiologiques encore mal déterminées, et qu'on nomme primitive.

Dans les cas suivis de mort, celle-ci est survenue du quatrième au quinzième jour; mais à l'autopsie on a trouvé soit une pleurésie purulente diaphragmatique ou à la fois diaphragmatique et costo-pulmonaire, compliquée ou non de péricardite, soit une pleurésie diaphragmatique avec tuberculose pulmonaire avancée ou granuleuse, avec un pneumothorax, une pneumonie, un cancer de l'œsophage, une péritonite consécutive à un accouchement, à une épithéliome, etc., tous accidents dont la pleurésie n'était qu'une complication.

La pleurésie diaphragmatique devra se distinguer du rhumatisme du diaphragme, qui est apyrétique et ne détermine de points douloureux qu'aux attaches musculaires; — de la névralgie diaphragmatique, apyrétique; — de la péricardite dont la douleur siège à l'angle costo-xyphoïdien et non au bouton diaphragmatique (Guéneau de Mussy) et qui s'accompagne de signes physiques spéciaux; — mais surtout des péritonites circonscrites à la partie supérieure de l'abdomen qui ont tant de points communs avec elle, et n'en seront différenciées que par un examen attentif de tous les symptômes et l'existence antérieure d'affections des organes de la région.

Koll a décrit récemment, sous le nom de « sinus pleuritis », des cas que nous qualifierons sans doute de pleurésie diaphragmatique, et dans lesquels il admet l'existence d'une pleurésie limitée au sinus costo-diaphragmatique, surtout en avant. Les malades se plaignent de douleur au niveau de l'épigastre, douleur souvent exagérée au moment des repas, de méléna, céphalalgie. La fièvre est légère. L'exploration de la poitrine révèle seulement l'existence de frottements, surtout appréciable à la fin de l'inspiration, les frottements s'entendent surtout au bord gauche du sternum, à la hauteur de l'insertion de la 4<sup>e</sup> et de la 5<sup>e</sup> côte. L'affection est peu grave, mais les douleurs persistent assez longtemps.

(1) KOLL, *Über Sinus pleuritis*; *Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, LVI.

**Pleurésie interlobaire.** — La pleurésie interlobaire est surtout une pleurésie purulente; elle peut cependant être séro-fibrineuse.

Le début et les signes fonctionnels sont ceux d'une pleurésie générale: douleur, dyspnée, frisson et fièvre; mais l'examen le plus attentif, au début au moins, ne permet pas de trouver de signes physiques; quand l'épanchement est considérable cependant et atteint 200 ou 500 grammes, on trouve ordinairement, sur une ligne comprise entre deux zones normales, de la matité et du souffle. Cette ligne est dirigée d'arrière en avant et de haut en bas croisant la région axillaire; elle correspond à la scissure interlobaire.

Souvent cependant la vomique purulente est le seul signe qui fasse faire le diagnostic; la pleurésie séro-fibrineuse ne se termine pas de cette façon, mais par résolution de l'épanchement et adhérence consécutive des deux lobes par leur face contiguë.

**Pleurésie médiastine.** — Les épanchements du médiastin constatés à l'autopsie étaient des épanchements purulents limités ordinairement au médiastin antérieur, exceptionnellement au médiastin postérieur (Andral). Pendant la vie, le facies était grippé comme dans la péricardite, la respiration courte, saccadée; le malade gardait le décubitus dorsal et se plaignait d'une douleur vive siégeant entre le tétou et le sternum ou près de la clavicule, et augmentée par la toux et les mouvements de la respiration. Comme signes physiques, on ne nota qu'une matité étendue depuis le sternum jusqu'au sein, sur une hauteur de trois travers de doigt environ et au niveau de laquelle la respiration était nulle. Souvent l'épanchement s'est vidé par une vomique, et c'est à ce moment seulement qu'on a fait le diagnostic.

La pleurésie séro-fibrineuse ne se terminant pas de cette façon, on comprend que son existence ne peut être que soupçonnée: c'est ce qui faisait dire à Guéneau de Mussy que, en présence des signes fonctionnels d'une pleurésie et de l'absence de ses signes physiques, il fallait penser à une pleurésie médiastine ou interlobaire.

Dans quelques cas, la pleurésie médiastine, coïncidant avec une pleurésie costo-pulmonaire, a pu être diagnostiquée<sup>(1)</sup>. Le malade présentait les signes physiques et fonctionnels de la pleurésie, et en outre une déviation considérable du cœur, une teinte cyanique et une circulation thoracique complémentaire qui indiquaient une compression des veines du médiastin, une matité occupant la région sternale jusqu'à la fourchette et dépassant le bord de l'os. M. Grancher rejeta, dans un cas, le diagnostic d'épanchement pleural très abondant, parce que l'ampliation thoracique était presque nulle; dans l'autre, celui de péricardite à grand épanchement parce que le cœur était déplacé par l'épanchement et non entouré par lui. La guérison fut obtenue par une ponction évacuatrice faite dans la région axillaire. Il s'agissait d'épanchement situé un peu partout dans la plèvre, mais qui avait refoulé le médiastin et non les côtes, comme c'est la règle (Grancher).

**Pleurésie partielle.** — Andral a observé 2 cas de pleurésie partielle; dans l'un, le liquide occupait le sommet du poumon, et de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> côte on trouvait de la matité, une abolition complète de la respiration, de la broncho-égophonie; dans l'autre, la matité, la respiration nulle, l'égophonie indiquaient un épanchement étendu du mamelon à la ligne axillaire au niveau des quatre

(1) GRANCHER, *Bulletin médical*, 1892.