

aux signes physiques et fonctionnels de l'autre. Guéneau de Mussy insiste sur l'abaissement de la 12^e 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⁽¹⁾ 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^e et de la 5^e 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 teton 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⁽¹⁾. 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^{re} à la 5^e ou 6^e 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.

premières côtes. Ces épanchements limités, enkystés, peuvent occuper les différents points de la plèvre, le sommet, la région moyenne ou la base, être situés en avant, dans la région axillaire ou en arrière. Ils sont ordinairement peu abondants, quelquefois cependant ils le sont assez pour déterminer une voussure à leur niveau. Leur évolution est le plus souvent lente et insidieuse.

Pleurésie multiloculaire. — En opposition à l'opinion de Wintrich, qui considérait comme impossible, autrement que par la thoracentèse, le diagnostic des pleurésies multiloculaires, M. Jaccoud en décrit⁽¹⁾ deux types sémiologiques : dans l'un, qu'il n'a observé qu'une fois, il y avait au complet tous les signes physiques d'un épanchement total, mais les vibrations vocales étaient conservées suivant une bandelette demi-circulaire étendue du sternum à la colonne vertébrale; au-dessus et au-dessous elles étaient nulles : il y avait, ainsi que le montra l'autopsie, deux loges séparées transversalement par une bande fibreuse. Dans l'autre type que M. Jaccoud a observé deux fois il y avait encore tous les signes d'un épanchement total : matité absolue, absence de tympanisme sous-claviculaire, souffle bronchique, bronchophonie, déplacement des organes voisins, mais les vibrations étaient conservées plus ou moins affaiblies dans toute la hauteur de la matité; ces vibrations étaient transmises par de nombreuses cloisons qui allaient du poumon à la paroi thoracique. Dans ces cas de pleurésie multiloculaire, les symptômes sont ceux des pleurésies chroniques, les malades supportent mal la thoracentèse. M. Raynaud et Woillez admirent l'existence du premier type, mais firent remarquer pour le second que la non-abolition des vibrations ne pouvait être un signe diagnostique certain du cloisonnement, l'état des vibrations pouvant d'une part être difficile à constater (M. Raynaud), et d'autre part leur abolition n'étant complète que 12 fois sur 80 dans les pleurésies non cloisonnées (Woillez).

Pleurésie polymorphe. — M. Galliard a montré que dans une pleurésie cloisonnée, l'épanchement peut, suivant les points, avoir des caractères très différents (séreux et purulent).

Pleurésie aréolaire. — Son diagnostic est encore plus difficile : la ponction, qui ne donne que quelques gouttes de liquide, est le seul signe caractéristique.

Pleurésie latente et pleurésie chronique. — Ces deux expressions ne sont pas synonymes; il y a des pleurésies latentes à évolution aiguë et des pleurésies chroniques qui ne sont pas latentes.

La pleurésie latente aiguë évolue comme une pleurésie aiguë, moins les signes fonctionnels qui manquent, ce qui la laisserait passer inaperçue si l'on n'examinait la poitrine du malade : c'est une variété de la pleurésie rhumatismale, de la pleurésie des cardiaques.

La forme commune de la pleurésie latente est une pleurésie chronique; la latence s'est établie d'emblée ou après un début brusque; dans ce dernier cas le malade a d'abord eu un frisson avec fièvre, point de côté, dyspnée, puis les symptômes s'étant amendés en quelques jours, il s'est cru guéri ou à peu près et a repris ses occupations ordinaires; il ne les a jamais cessées dans le premier cas, mais a eu plusieurs malaises passagers caractérisés par des douleurs thoraciques vagues, un peu de fièvre vespérale, de l'anorexie. Après un certain

⁽¹⁾ Acad. de méd., 1879.

temps les deux malades présentent les mêmes symptômes : de la faiblesse, de l'anémie, de la langueur, des digestions difficiles, de l'anorexie, une légère oppression qui les porte à se croire asthmatiques; si on les ausculte, on trouve tous les signes d'un épanchement abondant, très abondant même.

L'évolution de cette forme se fait alors comme celle des pleurésies chroniques qui ont commencé par une phase franchement aiguë.

La guérison est lente à se produire et laisse après elle des déformations thoraciques durables; mais presque tous ces malades sont destinés à succomber à des lésions de tuberculose pulmonaire dont le début remonte soit à celui de la pleurésie, soit à sa période d'état, ce qui a pu faire croire longtemps à l'influence phtisogène de la pleurésie⁽¹⁾.

Pleurésie tuberculeuse. — Sans revenir ici sur ce que nous avons dit du rôle de la tuberculose dans la production de la pleurésie séro-fibrineuse, il nous paraît utile d'indiquer quelques différences cliniques entre les variétés de pleurésies tuberculeuses.

Dans certains cas la pleurésie survient au cours d'une tuberculose pulmonaire évidente dont elle n'est qu'une complication : qu'elle soit sèche, qu'elle soit séro-fibrineuse simple ou double, son début est brusque ou insidieux, sa marche toujours chronique. Le diagnostic de ces pleurésies et de leur nature tuberculeuse ne présente aucune difficulté.

D'autres fois, la pleurésie n'est que le début d'une granulie qui ne tarde pas à évoluer et à dominer la scène, laissant la pleurésie au second plan (Empis).

Dans une troisième variété, la tuberculose est localisée exclusivement sur la plèvre; le début est insidieux ou brusque, l'épanchement arrive rapidement à une grande abondance, il reste séreux, ou devient séro-purulent ou hémorragique; la fièvre est intense, les sueurs profuses, l'amaigrissement rapide, la diarrhée tenace; le liquide se reforme en quelques jours après chaque ponction. La lutte est vaine contre cette forme qui enlève le malade en un mois ou six semaines sans avoir produit de tubercules en aucun autre organe.

Dans une autre variété, l'épanchement pleural évolue de la même façon, mais se complique de tuberculose du poumon du côté opposé qui aide à amener la cachexie et la mort, le poumon du côté correspondant ne présentant pas d'autre lésion qu'une atelectasie prononcée. Dans cette dernière forme, l'apparition de tubercules dans le poumon du côté opposé à la pleurésie permet de faire le diagnostic clinique de pleurésie tuberculeuse que la chronicité de l'épanchement, son abondance, sa résistance aux ponctions successives, ne pouvaient que faire soupçonner.

Dans la suivante, ce diagnostic étiologique peut être posé au début de la pleurésie par l'examen attentif des signes fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation du sommet du poumon refoulé par l'épanchement. Ici la pleurésie a le début et les allures de la pleurésie dite franche; elle évolue en cinq ou six semaines et se termine par la guérison complète, puis sans intermède, ou après un temps variable entre quelques semaines et quelques mois, apparaissent au sommet du poumon du même côté des signes évidents d'une tuberculose qui suit l'évolution ordinaire; après avoir été un pleurétique simple en apparence le malade devient un tuberculeux vulgaire. La tuberculose pul-

⁽¹⁾ Proux, Du pronostic de la pleurésie latente et des indications de la thoracentèse; Société médicale des hôpitaux, 1850.

monaire et la tuberculose pleurale ont une origine contemporaine et une évolution successive, il s'agit dès le début d'une *tuberculose pleuro-pulmonaire*⁽¹⁾. Si, au cours de la pleurésie, on examine le sommet du poumon dans la région sous-claviculaire, on trouve le schème n° 2 de M. Grancher⁽²⁾ (schème de congestion) :

Son +, tympanique.
Vibrations +.
Respiration —, c'est-à-dire faible, ou faible et rude ou rude.

Pour que ce schème ait de la valeur, il ne faut pas que l'épanchement dépasse la troisième ou au plus la seconde côte, sans quoi les anomalies de la respiration pourraient dépendre d'une compression directe du lobe supérieur ou de l'existence de fausses membranes à sa surface, sans qu'il y ait eu des lésions antérieures du poumon. Ce schème, dans lequel la faiblesse de la respiration a plus de valeur que sa rudesse, indique d'ailleurs simplement qu'il y a congestion mais non forcément congestion tuberculeuse; c'est un signe de présomption qui peut dans bien des cas avoir la valeur d'un signe de certitude.

MM. Fernet⁽³⁾, Boulland⁽⁴⁾, O. Vierordt⁽⁵⁾ ont attiré plus spécialement l'attention sur une variété de *tuberculose dans laquelle les lésions portent à la fois sur la plèvre et le péritoine*. Le plus ordinairement, la séreuse d'abord touchée est le péritoine; mais le début peut se faire par la plèvre. La marche de ces affections peut présenter des rémissions et celles-ci peuvent être assez longues pour être considérées comme des guérisons.

Toutes ces formes de pleurésie tuberculeuse n'ont pas une évolution fatalement mortelle; elles peuvent s'arrêter, rétrocéder et se terminer par une guérison plus ou moins durable. Villemin⁽⁶⁾ avait fort bien formulé ce pronostic des tuberculoses des séreuses. « La tuberculisation des séreuses guérit très bien, pour un certain temps du moins. »

Pleurésie rhumatismale. — La pleurésie est, après les lésions cardiaques, la plus fréquente complication du rhumatisme; elle survient le plus souvent au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et coïncide assez fréquemment avec la disparition des douleurs, mais elle peut apparaître quelques jours avant les phénomènes articulaires.

Son début est quelquefois latent, et Chomel conseillait d'examiner tous les jours la poitrine des rhumatisants aussi bien que leur cœur; mais le plus souvent elle débute brusquement par un point de côté très vif, très étendu, qui peut être double (Andral), disparaître pour reparaitre ensuite, résistant d'ailleurs à la thérapeutique. Lasègue, qui faisait de la pleurésie rhumatismale une pleurésie pariétale occupant les plans fibreux sous-jacents, insistait sur l'intensité et l'étendue du point de côté. La dyspnée est vive, la toux rare, l'expectoration nulle, la fièvre élevée.

L'épanchement se forme toujours rapidement et atteint son maximum en quelques heures; il occupe rarement la plèvre entière, mais la moitié de la

(1) NETTER, Diagnostic précoce d'une forme de tuberculose pleuropulmonaire à début pleuristique; *Thèse*, 1885.

(2) *Soc. méd. des hôp.*, 1882. — Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.

(3) FERNET, De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë; *Société médicale des hôpitaux*, 1884.

(4) BOULLAND, De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement; *Thèse Paris*, 1885.

(5) VIERORDT, U. d. Tuberkulose der serösen Häute; *Zeitschrift für klinische Medizin*, 1888, XIII.

(6) VILLEMIN, Études sur la tuberculose, 1863.

plèvre, situé surtout à la partie postéro-inférieure, ayant une disposition en *galette* que Lasègue opposait à la *pleurésie tournante* non rhumatismale. Il disparaît aussi vite qu'il apparaît, en trois à cinq jours, sans laisser de traces ni de rétraction, sans suppurer jamais; quelquefois il est remplacé par un épanchement de l'autre côté, dont l'évolution est d'ailleurs identique.

Le pronostic de cette pleurésie est donc bénin; il le serait plus encore si cette localisation du rhumatisme ne s'accompagnait pas quelquefois de péricardite et n'indiquait pas une tendance aux manifestations séreuses.

Pleurésie des cardiaques. — M. Bucquoy a montré qu'à côté de l'hydrothorax bilatéral, cachectique, non fibrineux, il existait souvent chez les cardiaques des pleurésies unilatérales, séro-fibrineuses, qui s'observent à toutes les périodes de l'affection cardiaque, un peu plus souvent peut-être dans les maladies de l'orifice aortique que dans celles de l'orifice mitral. Ces pleurésies reconnaissent ordinairement pour causes des infarctus hémorragiques du poumon.

Le début est insidieux, les symptômes fonctionnels se bornent ordinairement à une légère dyspnée ou à une augmentation des palpitations; l'épanchement arrive rarement à une grande abondance et se résorbe assez lentement; toutefois la guérison est très fréquente.

Pleurésie des enfants. — La pleurésie séro-fibrineuse est, à part quelques différences, chez l'enfant ce qu'elle est chez l'adulte. Le début est le même ainsi que les signes fonctionnels et physiques: chez les tout jeunes enfants, le début est quelquefois marqué par des convulsions; la matité est facile à constater, il n'en est pas de même de l'état des vibrations qui sont parfois conservées même avec un épanchement abondant, ni de l'égophonie qu'on ne peut guère apprécier avant l'âge de sept ans; par contre, les souffles sont souvent exagérés.

Mais ce sont là des difficultés qu'on rencontre dans toutes les affections thoraciques de l'enfance; ce que présente surtout de particulier la pleurésie à cet âge, c'est sa bénignité extrême, la brièveté de son évolution qui se fait environ entre huit et seize jours, c'est encore l'absence de rétraction thoracique dans la convalescence.

Les causes de la pleurésie de l'enfance sont les mêmes que chez l'adulte et d'autant plus qu'on se rapproche plus de cet âge; chez les jeunes enfants, la broncho-pneumonie, la pneumonie et, par leur intermédiaire, un grand nombre de maladies infectieuses paraissent être les causes habituelles; peut-être est-ce dans ces considérations qu'il faut chercher la raison de la bénignité.

Pleurésie des vieillards. — Chez les vieillards, la pleurésie est le plus souvent due à un infarctus du poumon, à une pneumonie, à une tuberculose évidente, à un cancer du poumon, un mal de Bright, une affection cardiaque; elle est rare, exceptionnelle même en dehors de ces causes bien déterminées. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Son début est insidieux: il n'y a ni frisson, ni point de côté, mais simplement un peu de fièvre, un peu de dyspnée, qui passent trop souvent inaperçues. Les signes stéthoscopiques sont ceux de la pleurésie de l'adulte; l'épanchement n'est pas ordinairement très abondant. La marche est lente, la durée de sept à huit semaines. Le pronostic est, en général, grave à cause de la maladie causale surtout, mais aussi parce que la pleurésie est une complication qui entrave le bon fonctionnement du cœur et de l'hématose.