

une coque scléreuse dont les cloisons pénètrent dans la profondeur du poumon, ces organes ne peuvent être extraits du thorax que sculptés pour ainsi dire à coups de ciseaux. Le tissu conjonctif sous-pleural qui double la plèvre pariétale participe à cette transformation scléreuse. L'autopsie montre encore assez souvent de la dilatation bronchique, qu'on avait attribuée à la traction lentement exercée sur le poumon par la sclérose pleurale, mais qui relève généralement des lésions bronchiques concomitantes. — Au lieu de cette forme scléreuse qui est la plus commune, on observe parfois une transformation scléro-calcaire, aboutissant à la production d'ostéophytes pleuraux.

2° **Étiologie.** — La pleurésie sèche est presque toujours consécutive à une affection pulmonaire. La tuberculose pulmonaire est sa principale cause ; elle explique d'ailleurs sa localisation fréquente au sommet du poumon. — La pleurésie sèche accompagne quelquefois la sclérose pulmonaire ou la dilatation des bronches.

3° **Symptômes.** — Lorsque les deux feuillets de la plèvre ne sont pas encore soudés, la pleurésie sèche se manifeste à l'aus-

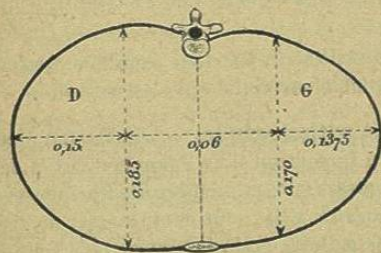


Fig. 26.

Tracé cytométrique montrant l'aplatissement du thorax dans une ancienne pleurésie gauche.

cultation par des *frottements*. — Plus tard lorsque les fausses membranes s'organisent et se rétractent et que le travail de sclérose envahit le tissu sous-pleural, elle se traduit par des

*déformations thoraciques* : rétraction des espaces intercostaux aboutissant au rapprochement des côtes, aplatissement d'avant en arrière de la moitié correspondante du thorax, abaissement du moignon de l'épaule, scoliose à concavité dirigée du côté malade. De plus, la sonorité thoracique normale est diminuée de ce côté, les vibrations vocales sont atténuées ou supprimées par la coque scléreuse qui entoure le poumon, le murmure vésiculaire est affaibli ; lorsqu'ils prédominent à la base, ces signes physiques simulent un épanchement pleurétique ou font croire à sa persistance ; lorsqu'ils siègent au sommet, la matité et l'obscurité de la respiration simulent la tuberculose à son début. L'examen radioscopique montre, dans la clarté pulmonaire, une zone plus ou moins obscure là où l'oreille percevait les signes stéthoscopiques.

4° **Évolution.** — Peu prononcée, la pleurésie sèche ne constitue pas un danger pour le poumon ; quand ses lésions sont très avancées, elle finit par aboutir à la transformation fibreuse du poumon correspondant qui est pour ainsi dire fonctionnellement supprimé (pneumonie pleurogène).

Le traitement consiste dans la révulsion et dans une gymnastique thoracique appropriée ; il ne peut être efficace qu'au début.

## ARTICLE III

## PLEURÉSIES PURULENTES

La pleurésie purulente ou *empyème* est primitive ou consécutive à une pleurésie sérofibrineuse.

1° **Étiologie.** — Les causes des pleurésies purulentes se divisent en locales et générales.

a. *Causes locales.* — Les causes locales sont : 1° des *affections pulmonaires* : pneumonie, bronchopneumonie, dilatation des bronches, abcès du poumon, cancer, tuberculose, gangrène. Un grand nombre de pleurésies purulentes aiguës relèvent de la

pneumonie comme la plupart des chroniques relèvent de la tuberculose; 2° des lésions du médiastin: péricardite, cancer de l'œsophage, perforation de l'œsophage cancéreux au cours du cathétérisme; 3° des affections abdominales: cancer du foie ou de l'estomac, abcès sous-phrénique, suppurations du foie, du rein ou de la rate, péritonite puerpérale: la propagation de l'infection s'explique dans ces cas par les rapports de la plèvre et du péritoine à travers les orifices lymphatiques du diaphragme; 4° des lésions des parois thoraciques: plaies pénétrantes de poitrine, cancer ou abcès du sein, phlegmon axillaire, abcès froids de la paroi costale, etc.; 5° des lésions de la plèvre elle-même; c'est le

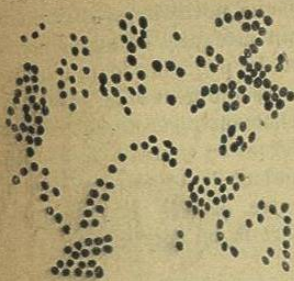


Fig. 27.  
Staphylocoques  
(d'après J. COURMONT).

cas pour les pleurésies séro-fibrineuses devenant secondairement purulentes. On faisait jouer autrefois un grand rôle à la thoracentèse dans cette transformation purulente des épanchements: on sait aujourd'hui qu'une thoracentèse aseptique (et elle doit toujours l'être) ne peut avoir une pareille conséquence.

b. Causes générales. — Les causes générales sont des maladies infectieuses atteignant tout l'organisme: scarlatine, rougeole, érysipèle, infection puerpérale, infection purulente, diphtérie.

Tous les facteurs étiologiques que nous venons d'énumérer nous montrent l'invasion de la plèvre par des microbes pyogènes, soit à la faveur de lésions de voisinage, soit par la circulation générale. Mais dans quelques cas la pleurésie purulente survient en pleine santé apparente: on la dit alors primitive.

Il y a des conditions adjuvantes individuelles, dont quelques-unes expliquent la moindre résistance de l'organisme à l'infection; telle est l'action du froid. On sait aussi que la pleurésie purulente atteint avec prédilection les débilités, les surmenés, les cachectiques. Elle est plus fréquente dans le jeune âge et chez l'adulte, elle prédomine dans le sexe masculin.

2° Bactériologie. — Les agents pathogènes rencontrés sont, par ordre de fréquence: le streptocoque, le pneumocoque, le bacille de KOCH (NETTER). Le staphylocoque, le pneumobacille de Friedländer, le bacille d'Eberth, le colibacille, le micrococcus tetragènes, les agents de la gangrène pulmonaire s'observent beaucoup moins fréquemment. Chez l'enfant, c'est le pneumocoque qui joue le plus grand rôle.

Très souvent on ne trouve pas dans l'épanchement purulent un seul agent pathogène (pleurésies simples), mais plusieurs agents pathogènes associés. Chacun des microbes pyogènes a ses portes d'entrée de prédilection. Le streptocoque s'introduit dans



Fig. 28.  
Streptocoques dans le pus.

On voit leurs chaînettes entre les globules de pus.

la plèvre à la faveur d'une lésion pulmonaire, médiastine ou abdominale, ou par une plaie pénétrante de poitrine. Dans les infections généralisées, il est apporté par la circulation sanguine. — Le pneumocoque pénètre presque toujours consécutivement à une pneumonie ou une broncho-pneumonie: plus rarement il provient d'une otite, d'une péricardite ou d'une péritonite à pneumocoques. Il est enfin des cas où sa présence ne s'est révélée par aucune manifestation: on les désigne sous le nom de pleurésies pneumococciques primitives. — Le bacille de Koch provient d'un foyer de tuberculose pulmonaire, d'un ganglion caséux du médiastin ou d'une ostéite costale. — Le staphylocoque peut, comme le streptocoque, être apporté du dehors par une plaie pénétrante, par un trocart malpropre, ou apporté par voie sanguine d'un foyer suppuratif plus ou moins éloigné

(anthrax, amygdalite). Il est plus souvent associé à d'autres microbes qu'à l'état de pureté.

**3° Anatomie pathologique.** — L'aspect du liquide qui remplit la cavité pleurale est variable suivant les cas, tantôt franchement purulent, tantôt séro-purulent. Souvent il est fétide. Dans les pleurésies gangreneuses, il exhale une odeur infecte.

On lui a assigné des caractères différents suivant le microbe pathogène qui est en cause (NETTER). Ainsi dans la pleurésie à streptocoques, le liquide n'est pas purulent d'emblée : il est d'abord louche, puis séro-purulent, puis purulent. Même parvenu à cet état, ce n'est pas un pus homogène, c'est un pus mal lié, se séparant par le repos en deux couches, l'une séreuse qui surnage, l'autre plus dense qui laisse au fond du vase une poussière jaunâtre. — Le microscope y montre de nombreux globules rouges et blancs et des chaînettes de streptocoques.

Dans la pleurésie à pneumocoques, le liquide est franchement purulent, jaune verdâtre, bien lié, crémeux. C'est un pus habituellement inodore, bien lié, homogène, ayant les caractères du pus « bonum et laudabile » des anciens auteurs. Il est riche en fibrine et en globules de pus. L'examen bactériologique y montre de nombreux pneumocoques, tantôt isolés ou réunis deux par deux, tantôt rangés en séries linéaires.

Dans la pleurésie à staphylocoques le liquide est plutôt séro-purulent que purulent.

Dans la pleurésie tuberculeuse le liquide est tout à fait analogue au pus des abcès froids; le microscope y montre des gouttelettes graisseuses, des corps granuleux, des cristaux d'acides gras, et pas de fibrine. Quelquefois on peut mettre en évidence le bacille de Koch. Très souvent il ne contient que des staphylocoques, ou bien il est complètement stérile; mais l'inoculation au cobaye provoque le développement d'une péritonite tuberculeuse.

Dans les épanchements abondants et anciens, le poumon est réduit à un moignon refoulé vers le hile ou aplati dans la gouttière vertébrale; il est cloisonné par des tractus scléreux et

coiffé de fausses membranes épaisses qui rendront impossibles son expansion après évacuation du liquide : elles sont d'autant plus épaisses que la pleurésie est plus ancienne.

La paroi costale est également recouverte de fausses membranes. Dans la pleurésie tuberculeuse elle a la même structure que la paroi d'un abcès froid : au milieu d'un tissu induré et criant sous le scalpel on voit des tubercules typiques où le microscope montre des cellules géantes et des bacilles de Koch. Ces tubercules subissent la fonte caséuse et se désagrègent dans le liquide pleural : une telle pleurésie mérite donc bien le nom d'*abcès froid de la pleÛre* (KELSCH et VAILLARD).

Les pleurésies purulentes très anciennes s'accompagnent d'altérations profondes du tissu sous-pleural et de la paroi thoracique tout entière; les côtes se couvrent d'ostéophytes et se rapprochent par la rétraction des espaces intercostaux, la cage thoracique s'aplatit et se rétrécit de ce côté.

Le liquide purulent peut stagner pendant des mois et même des années dans la grande cavité pleurale; on l'a vu quelquefois s'épaissir, se transformer en un liquide chyloforme, graisseux, en une masse caséuse ou même se calcifier. Dans la grande majorité des cas, il ne se comporte pas ainsi et *tend à se faire jour au dehors*, tantôt à travers la paroi costale à la partie antérieure du thorax (généralement au niveau du cinquième espace intercostal), tantôt dans les bronches, tantôt dans un organe voisin. Cette ouverture permet souvent l'entrée de l'air dans la pleÛre; à l'autopsie, on la trouve remplie d'un mélange de pus et de gaz (pyopneumothorax).

Ajoutons que l'autopsie ne montre pas que des lésions pleurales ou pulmonaires. La *dégénérescence amygloïde* des reins, du foie ou de la rate peut s'observer dans les vieilles pleurésies purulentes comme dans toutes les suppurations prolongées. Le squelette des doigts montre la lésion décrite par MARIE dans les affections chroniques des poumons sous le nom d'*ostéopathie hypertrophiante*. Enfin certains empyèmes peuvent donner naissance à des *foyers métastatiques* purulents dans les reins, la rate et surtout le cerveau.

**4° Symptômes.** — Rien de plus variable que le mode de *début* de la pleurésie purulente : tantôt elle s'annonce brusquement par tous les signes d'une pleurésie aiguë auxquels il faut ajouter la dyspnée intense, la fièvre à grandes oscillations, l'état typhoïde avec prostration et sueurs ; tantôt elle fait suite à une pleurésie séro-fibrineuse, constatée depuis plus ou moins longtemps ; tantôt enfin elle se développe insidieusement pendant des mois sans qu'il soit possible d'assigner une date précise à son début, la dyspnée progressive et l'hecticité (fièvre vespérale, transpirations nocturnes, amaigrissement, etc.), mettant seules sur la voie du diagnostic. Dans le premier cas la pleurésie purulente peut passer inaperçue au milieu des bruyants symptômes de l'infection généralisée qui l'a produite, si on ne recherche pas les signes physiques de l'épanchement.

A la période d'état, les symptômes de l'empyème peuvent se diviser en généraux et locaux.

**A. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.** — Ils traduisent la formation du pus dans un point quelconque de l'organisme.

La *fièvre* se présente avec des modalités variables suivant le microbe pathogène qui est en cause. L'empyème à streptocoques se traduit par une température élevée à grandes oscillations ; l'empyème à pneumocoques par une température moins élevée avec plateau et défervescence ; les pleurésies tuberculeuses par une température irrégulière où s'observe quelquefois le type inverse.

Les *frissons* n'annoncent pas seulement le début de la maladie, ils se répètent souvent alors que l'épanchement est constitué.

L'état *général* est ordinairement grave ; il présente, surtout dans les cas chroniques, tous les caractères de l'infection et même de l'hecticité : amaigrissement, sueurs profuses, frissons répétés, etc.

La *leucocytose* (HOMOLLE, GAREL) peut annoncer la transformation d'une pleurésie séreuse en pleurésie purulente. L'*albuminurie* s'accompagne de la présence de cylindres dans les urines ; elle est rétractile : c'est une albuminurie par néphrite.

**B. SYMPTÔMES LOCAUX.** — Ils diffèrent suivant qu'il s'agit d'un empyème de la grande cavité pleurale ou d'un empyème enkysté.

a. *Empyème de la grande cavité pleurale.* — Il s'annonce par un point de côté violent, par de la toux, de l'expectoration muqueuse ou muco-purulente, par une dyspnée vive ; cette dernière est un signe souvent trompeur, car elle peut manquer dans des épanchements abondants.

L'épanchement, au fur et à mesure de sa formation, déforme le thorax, abaisse le diaphragme et le foie, refoule le médiastin et le cœur : on constate donc les signes physiques des pleurésies séro-fibrineuses, voussure, matité, abolition des vibrations thoraciques, abolition du murmure vésiculaire (voy. p. 200), toutefois on note souvent l'absence de souffle, d'égophonie et de pectoriloquie aphone, par opposition à ce qu'on observe dans la pleurésie séreuse.

Les signes physiques spéciaux à la pleurésie purulente sont la dilatation des veines sous-cutanées de la paroi thoracique et surtout l'*œdème de la paroi thoracique* : la pointe du doigt appuyée avec force sur la partie inférieure et latérale du thorax y laisse une dépression en godet ; mais ce n'est là qu'un signe assez tardif.

Les pulsations thoraciques (voy. *Pleurésie pulsatile*), ne se montrent guère que dans l'empyème, à quelques rares exceptions près.

b. *Empyème enkysté.* — Les pleurésies purulentes partielles ou enkystées (pl. interlobaire, pl. diaphragmatique, pl. du sommet) sont caractérisées par des signes physiques très variables avec leur siège (s'y reporter) et par une latence quelquefois remarquable ; les symptômes généraux existent seuls avec la même intensité et un examen minutieux est souvent nécessaire pour trouver la lésion locale qui les explique. L'examen radioscopique peut à ce point de vue rendre des services.

**5° Variétés.** — La *pleurésie purulente à streptocoques* est la plus fréquente, aussi c'est à elle que s'applique plus directement la description qui précède. Son intensité peut revêtir tous les

degrés, néanmoins au streptocoque ressortissent surtout les empyèmes graves, à marche aiguë, à début bruyant, à moins qu'il ne soit masqué par les symptômes de l'infection causale; ils s'accompagnent d'une température élevée à grandes oscillations et d'œdème de la paroi thoracique. L'état général est parfois assez mauvais, avec symptômes typhoïdes, pour légitimer le nom de pleurésie septique ou infectieuse : il ne faut pas oublier que le streptocoque est le microbe des pleurésies purulentes succédant à la scarlatine, à l'érysipèle, aux infections généralisées, notamment à l'infection puerpérale. — En tout cas la pleurésie à streptocoques est habituellement tenace; elle ne cède pour ainsi dire jamais à la thoracentèse; la pleurotomie est indiquée.

La *pleurésie purulente à pneumocoques* est primitive ou le plus souvent consécutive à une pneumonie (voy. art. IX; *pleurésie métapneumonique*). Sa terminaison par vomique est fréquente. La bénignité de ses symptômes locaux et généraux (fièvre passagère, absence d'œdème de la paroi) est fort importante au point de vue thérapeutique : la guérison survient quelquefois après une ou deux ponctions et sans qu'il soit utile de recourir à la pleurotomie.

La *pleurésie purulente tuberculeuse* a un début ordinairement insidieux. L'auscultation des sommets ne fait pas percevoir d'une manière constante des signes de tuberculose pulmonaire. L'épanchement est séro-purulent; souvent même il est d'abord séreux et ne devient que secondairement purulent. Il n'est pas toujours possible d'y mettre en évidence le bacille de Koch par le microscope; dans les 2/3 des cas le pus contient des staphylocoques ou ne montre aucun microorganisme, mais l'inoculation au cobaye (voy. p. 203) montre sa nature tuberculeuse. Cette pleurésie n'a pas de tendance à la guérison après simple thoracentèse : elle se complique fréquemment de pyopneumothorax.

Le diagnostic de chacune de ces trois variétés, rendu simplement probable, ne peut se faire avec certitude que par l'examen bactériologique du pus retiré par la ponction exploratrice. Il montre dans le premier cas des chaînettes de streptocoques,

dans le second des pneumocoques, et dans le troisième quelquefois le bacille de Koch. Le diagnostic des pleurésies à staphylocoques, à pneumobacille, etc., ne peut se faire que de la même façon.

**6° Pleurésies purulentes putrides.** — On désigne sous ce nom les pleurésies dont le liquide exhale une odeur infectée de putréfaction. Dans le plus grand nombre des cas, elles sont consécutives à une lésion gangreneuse du poumon ou de la plèvre; dans d'autres cas l'examen le plus minutieux ne montre aucun point de gangrène; c'est à ceux-là qu'on réserve l'appellation de *pleurésies putrides primitives*, laissant aux premiers l'appellation de *pleurésies gangréneuses*.

Les unes et les autres sont caractérisées par un épanchement très fétide, sanieux, dans lequel nagent des détritits brunâtres analogues à des matières fécales. Ce pus est mêlé de gaz qui ne proviennent pas d'une perforation, mais se sont produits sur place sous l'influence d'une putréfaction, fait aujourd'hui hors de conteste. La paroi thoracique elle-même est infiltrée d'un pus fétide et il n'est pas rare de voir un abcès gazeux développé autour de l'orifice de la ponction si le malade a été traité par la thoracentèse.

La plèvre est recouverte de fausses membranes jaunâtres; tout se borne là dans les pleurésies putrides primitives, tandis que dans les cas plus fréquents de pleurésie gangreneuse, il y a une gangrène plus ou moins étendue de la plèvre viscérale.

La rate est diffuse comme dans les infections graves, le foie est gros et grasseux.

Les microbes trouvés dans le pus sont très nombreux à tel point que la fétidité et la production de gaz dans la plèvre peuvent être considérés comme fonction des associations microbiennes (P. COURMONT). A côté des microbes pyogènes (streptocoque, staphylocoque, pneumocoque), NETTER a mis en évidence le *B. coli*, le tétragène, le leptothrix, le proteus, le spirochète denticola. Plus récemment RUST a isolé du pus des pleurésies putrides les microbes anaérobies trouvés dans diverses suppu-

rations, le *B. ramosus* de VEILLON, le *B. nebulosus*, le *staphylococcus parvulus*, le *B. perfringens*, des spirilles et des cocci.

Or ces divers microbes, qui normalement existent à l'état de saprophytes dans la bouche, le pharynx ou l'intestin, se retrouvent aussi dans la carie dentaire, dans des amygdalites, des otites ou des appendicites, affections remarquables par leur fétidité, comme toutes les suppurations qui se forment au voisinage du tube digestif.

La fétidité dupus des pleurésies putrides se trouve donc expliquée par ces constatations : elle est due à l'invasion de la plèvre par les microbes sus-mentionnés, soit par voie sanguine, soit par l'intermédiaire des voies respiratoires, avec ou sans lésion pulmonaire.

La pleurésie putride survient à titre d'affection primitive ou bien consécutivement à une affection pleuro-pulmonaire déjà existante : abcès du poumon, pleurésie interlobaire, broncho-pneumonie, dilatation des bronches, gangrène pulmonaire. Dans un cas comme dans l'autre, elle s'annonce par un violent point de côté, une dyspnée intense, un état général très grave caractérisé par la prostration, le facies pâle et terreux, des transpirations abondantes et souvent fétides. Les frissons du début ne manquent jamais, mais la fièvre reste modérée et ne s'élève guère au-dessus de 38°, 5 ; parfois même on a noté de l'hypothermie. Il n'y a d'haleine fétide avec expectoration puante et sanguinolente qu'en cas de gangrène pulmonaire coexistante.

Les signes physiques sont ceux d'un épanchement pleurétique, plus souvent encore ceux d'un pyopneumothorax, c'est-à-dire qu'on a à la base de la matité absolue avec silence respiratoire, égophonie, etc., et plus haut du tympanisme avec souffle amphorique. La ponction donne issue à un liquide séro-purulent d'odeur horriblement infecte, laissant par le repos une couche pulvérulente.

Si l'affection est abandonnée à elle-même ou traitée par une simple ponction, elle ne se termine pas par vomique : l'état général avec diarrhée, albuminurie, délire et subictère devient de plus en plus mauvais et la mort survient en quelques jours. Même

convenablement traité par la pleurotomie, l'empyème putride ne guérit pas avant plusieurs semaines : il se complique quelquefois de phlegmon gangreneux et gazeux autour de la plaie opératoire et même exceptionnellement d'embolie gangréneuse à distance, comme dans un cas de GIRAudeau où la main était froide et recouverte de plaques violacées.

Le diagnostic, en l'absence d'expectoration fétide, ne peut guère se faire d'une façon certaine que par la ponction.

Le traitement consiste dans la pleurotomie aussi précoce que possible suivie de lavages antiseptiques de la plèvre. — En raison du rôle important joué par les microbes anaérobies, il est tout indiqué de donner parmi les antiseptiques la préférence au permanganate de potasse qui dégage de l'oxygène au contact des tissus.

**7° Évolution.** — On peut diviser les pleurésies purulentes en aiguës et chroniques, mais cette division a quelque chose d'artificiel, car nombreux sont les cas où l'empyème s'accompagne à son début de tout l'appareil symptomatique de la pleurésie aiguë et passe ensuite à l'état chronique.

La pleurésie purulente ne se termine guère par résorption, sauf dans quelques cas d'empyème à pneumocoques où cette résorption est favorisée par des ponctions répétées, mais elle se termine quelquefois par calcification.

Dans l'immense majorité des cas, s'il n'est pas évacué chirurgicalement, le pusse fait jour au dehors, — soit par les bronches d'où il est rejeté à grand fracas par la bouche et les narines, constituant la vomique (voy. p. 222) qui est quelquefois l'unique symptôme de certains empyèmes latents, — soit à travers la paroi thoracique. Il se forme en ce cas sous la plèvre de petits abcès (*abcès sous-séreux* de CRUVELHIER) qui, d'une part, s'ouvrent dans la cavité pleurale, d'autre part s'étendent dans le tissu cellulaire des espaces intercostaux ; le pus chemine ainsi de proche en proche et on finit par constater sous la peau une tumeur fluctuante qui s'ouvre enfin au dehors et porte le nom d'*empyème de nécessité*. Un pneumothorax peut en être la conséquence, ou bien la disposition anfractueuse du trajet permet

l'écoulement incomplet du pus, sans rentrée de l'air extérieur.

*Migrations insolites.* — Plus rarement le pus s'évacue dans un viscère voisin, dans l'œsophage ou l'estomac d'où il est rejeté par vomissement, dans le péricarde, dans le péritoine où il détermine une péritonite suraiguë si la séreuse n'est pas protégée par des adhérences ; ou bien il se fait jour vers la paroi abdominale postérieure vers les lombes, vers la région fessière, vers la région inguinale même, en suivant le trajet du psoas.

L'empyème non traité aboutit le plus souvent à la mort soit par asphyxie, du fait de l'épanchement et de son action sur le médiastin, soit par infection et cachexie. La guérison peut cependant succéder à l'ouverture spontanée ; mais l'évacuation chirurgicale est bien préférable.

**8° Diagnostic.** — Reconnaître un empyème généralisé est ordinairement facile. On peut être exposé à le confondre avec un épanchement séro-fibrineux, car les signes physiques sont les mêmes : l'intensité de la dyspnée, la gravité de l'état général, la persistance de la fièvre, la constatation de l'œdème de la paroi thoracique et d'une circulation veineuse complémentaire imposent le diagnostic de pleurésie purulente ; mais ces signes peuvent manquer, aussi doit-on recourir le plus souvent à la ponction exploratrice, signe de certitude dont l'innocuité est absolue. Il ne faut pas la pratiquer à un niveau trop élevé, car on risquerait, dans les cas d'épanchement purulent qui se séparent en deux couches, de ne retirer qu'un liquide limpide qui induirait en erreur.

La pleurésie purulente peut encore être confondue avec un abcès sous-phrénique : le signe de Pfuhr (voy. p. 255) fait ordinairement le diagnostic. Il est facilité par la notion d'une affection abdominale préexistante (cancer ou ulcère de l'estomac, abcès du foie).

L'empyème pulsatile se distingue de l'anévrisme aortique par la constatation des signes d'un épanchement pleural.

Le diagnostic des pleurésies purulentes enkystées est exposé page 231 : celle de la base peut être confondue avec un abcès ou une tumeur du foie.

**9° Traitement.** — Il y a peu à attendre du traitement médical (vésicatoires, diurétiques, etc.).

Le traitement chirurgical peut consister soit dans la ponction simple, notamment pour les empyèmes à pneumocoques et d'une façon générale lorsqu'on constate une tendance naturelle vers la guérison, soit dans la ponction suivie d'injections modificatrices. — Le plus souvent on devra recourir à la pleurotomie, c'est-à-dire à l'incision de la plèvre au bistouri dans le quatrième, cinquième ou sixième espace intercostal, là où on constate le maximum de matité. Cette incision doit être pratiquée sur la paroi postéro-latérale du thorax. Il faut raser la face supérieure de la côte pour éviter la blessure du nerf et des vaisseaux qui occupent la partie supérieure de l'espace intercostal. Cette incision doit être pratiquée aseptiquement ; on pourra recourir à l'anesthésie locale au moyen de quelques injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne en série linéaire ou d'une pulvérisation d'éther ou de chlorure de méthyle. On place dans l'ouverture de la plaie un drain double qu'on fixe soigneusement, pour éviter sa chute dans la plèvre, à un paquet de gaze aseptique ou à un cordon qui fait le tour du thorax, et on applique par-dessus le tout un grand pansement qui devra être fréquemment renouvelé à mesure qu'il est souillé par le pus.

Dans certains empyèmes où l'infection est grave et tenace, dans les empyèmes gangréneux toujours, cette incision simple ne suffit pas et il faut pratiquer par l'un des drains des lavages antiseptiques tièdes. Notons en passant qu'on a observé de l'hémiplégie ou des convulsions consécutivement à ces lavages ; ces accidents très rares ne suffisent pas pour en faire proscrire l'emploi.

Enfin, lorsque la pleurotomie laisse après elle une fistule persistante, que le poumon réduit de volume et recouvert de fausses membranes épaisses ne peut venir remplir la cavité pleurale, il faut recourir à des interventions plus compliquées, qui ont pour but de réduire la capacité de la cavité thoracique du côté malade et de permettre le contact de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale. La résection partielle de plusieurs côtes, pra-

tiquée par GAYET et LÉTIÉVANT, érigée en méthode opératoire par ESTLANDER, permet d'arriver à ce but<sup>1</sup>.

## ARTICLE IV

## VOMIQUES

On donne le nom de *vomique* à l'irruption d'une collection liquide, ordinairement purulente, dans les voies respiratoires, et à son évacuation consécutive par la bouche et le nez.

L'abondante expectoration purulente qu'on observe quelquefois dans la dilatation des bronches ou dans la tuberculose à sa période cavitaire, ne reçoit pas le nom de vomique, car cette appellation évoque l'idée d'une ouverture brusque de la collection purulente, d'une effraction (DIEULAFOY), que cette collection vienne de la plèvre, du poumon lui-même, du rein, du médiastin, etc. C'est par un abus de langage qu'on a donné quelquefois le nom de vomique à la collection purulente elle-même au lieu de le réserver à son évacuation.

**1<sup>o</sup> Vomique pleurale.** — C'est de beaucoup la plus fréquente. Elle succède à un empyème partiel ou généralisé :

a. *Vomique succédant à un empyème partiel.* — Cette pleurésie partielle peut être cloisonnée, diaphragmatique, interlobaire; le plus souvent la vomique succède à un *empyème interlobaire* mé-tapneumonique. Ce phénomène survient d'ordinaire vingt à quarante jours après le début de la maladie : il est cependant plus précoce chez les enfants où il peut se produire au bout de quinze à vingt jours et chez les femmes en état puerpéral (TROUSSEAU). La vomique est précédée de douleurs, puis tout d'un coup

<sup>1</sup> Dans des cas exceptionnels on a proposé de mobiliser par la section costale une portion plus étendue du thorax, de façon à former un volet osseux qui peut être rapproché du poumon. On a tenté aussi l'ablation du sternum pour réduire proportionnellement la cavité thoracique.

le malade rejette un flot de pus; cette brusque expectoration purulente ne dépasse pas quelques centaines de grammes. — L'*auscultation* pratiquée à ce moment fait entendre du souffle cavitaire et des gargouillements; l'évacuation du pus laisse en effet après elle une caverne interlobaire, c'est elle qui donne ces signes cavitaires. La vomique peut se reproduire plusieurs fois, ordinairement de moins en moins abondante. Après l'évacuation définitive du foyer, la fistule pleurobronchique se ferme : si elle reste ouverte, les signes cavitaires persistent.

b. *Vomique succédant à un empyème généralisé.* — La vomique succédant à un épanchement de la grande cavité pleurale survient ordinairement après une pleurésie purulente déjà ancienne. Un malade présente de la fièvre, de la diarrhée, de l'œdème de la paroi thoracique, un mauvais état général; tout d'un coup il éprouve une angoisse inexprimable, une sensation d'asphyxie, et il rejette une énorme quantité de pus qui s'échappe à flots par la bouche et le nez. L'abondance du liquide qui envahit les voies respiratoires est quelquefois telle qu'elle peut entraîner la mort par asphyxie (MOUTARD-MARTIN); cette expectoration atteint en effet dans certains cas des proportions énormes, comme chez ce fruitier dont parle TROUSSEAU, qui rendit cinq litres de pus en une nuit. Elle est suivie d'un grand soulagement; puis les jours suivants, à l'occasion d'un changement de position ou d'un effort, d'une quinte de toux, et surtout au réveil, le malade continue à rendre une moindre quantité de pus. Lorsque la fistule pleuro-bronchique se ferme il survient pendant quelques jours des périodes de rétention, sans toux, ni expectoration purulente, suivies de véritables débâcles qui reproduisent en petit l'accident primitif. Le total des quantités de pus, ainsi successivement rendues, peut devenir énorme; TROUSSEAU cite le cas d'une petite fille qui rendit en six mois 40 kilogrammes de pus.

Les signes physiques sont ceux du pyopneumothorax : souffle amphorique avec ou sans gargouillements, tintement métallique, tympanisme, bruit d'airain, etc.; mais les dispositions particulières de la fistule pleuro-bronchique peuvent les modifier. Si elle est disposée en clapet qui laisse l'air entrer dans la plèvre



et s'oppose à sa sortie, le mécanisme du pneumothorax à sou-pape (BOUVERET) se trouve réalisé : l'air s'emmagasine dans la plèvre à chaque secousse de toux, la distend, refoule le médiastin, constituant ainsi un pneumothorax suffocant. La disposition inverse permet la sortie du pus et s'oppose en même temps à l'entrée de l'air : c'est la plus favorable, car elle permet une rapide guérison, par rapprochement des feuillets pleuraux.

c. *Évolution*. — En dehors des cas heureux où le foyer purulent se vide bien et finit par aboutir à la guérison, la suppuration peut s'éterniser, l'expectoration et l'haleine prendre une odeur fétide, comparable à celle de la dilatation des bronches, et la mort survient par héciticité. D'autres fois la fistule s'est refermée et l'issue fatale survient au milieu de tous les signes de la pleurésie purulente ; ou bien il se produit une sclérose pulmonaire avec ou sans bronchectasie, capable par elle-même d'entraîner la mort (DIEULAFOY).

2° **Vomique par abcès pulmonaire**. — Ces abcès succèdent le plus souvent à l'hépatisation grise qui termine certaines pneumonies ; c'est quinze à vingt jours après le début de la pneumonie que se produit la vomique (GRAVES, TROUSSEAU). Le pus subitement rejeté est ordinairement en petite quantité et mêlé de débris de parenchyme pulmonaire.

3° **Vomique dans les kystes hydatiques du poumon**. — Suivant que le kyste hydatique est resté aseptique ou a suppuré, le liquide expectoré est clair ou purulent ; le microscope y découvre des crochets d'échinocoques ou des fragments de membranes hydatiques.

4° **Vomique par abcès du médiastin**. — Il s'agit soit d'abcès par congestion, dont le pus peut alors contenir des séquestres osseux, soit d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, dont les ganglions se sont soudés et ont subi une fonte purulente.

Les vomiques étudiées jusqu'ici se produisaient au cours de

suppurations siégeant dans la cavité thoracique ; celles qu'il nous reste à énumérer sont consécutives à des suppurations abdominales. Le pus doit donc traverser le diaphragme et, à la faveur d'adhérences unissant les deux feuillets de la plèvre, passer dans le parenchyme pulmonaire, pour se faire jour dans une bronche. Il provoque quelquefois une pleurésie partielle.

5° **Vomique dans les abcès du foie**. — Tantôt il s'agit d'un abcès des pays chauds dont les signes classiques ont précédé la production de la vomique : elle est abondante et son pus est rougeâtre ; tantôt il s'agit d'un kyste suppuré « à évolution supérieure », et le pus contient des fragments de membrane hydatique ou des crochets.

6° **Vomique dans les suppurations rénales**. — Les kystes suppurés et la pyonéphrose la produisent rarement. — Presque toujours il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique ; le pus passe par l'hiatus costo-diaphragmatique de FARABEUF, c'est-à-dire à la partie la plus postérieure de la cage thoracique, entre les faisceaux du diaphragme ; en ce point la séreuse pleurale n'est séparée de l'atmosphère graisseuse rétropéritonéale que par une couche de tissu cellulaire lâche.

7° **Vomique dans le pyothorax sous-phrénique**. — Ce pyothorax sous-phrénique n'est lui-même qu'une péritonite localisée, sous-diaphragmatique, d'origine hépatique ou intestinale (voy. t. I).

8° **Diagnostic**. — Il consiste à reconnaître la vomique et à préciser son point de départ.

a. *Diagnostic de la vomique*. — Il ne faut pas confondre la vomique avec l'expectoration purulente ou puriforme :

1° De la *dilatation des bronches*, qui s'en distingue par son odeur fade et douceuse, comparée à celle du plâtre mouillé, par son aspect spumeux, et souvent par les signes stéthoscopiques particuliers à cette affection ;

2° Des *cavernes pulmonaires tuberculeuses* : se baser aussi sur les signes stéthoscopiques et leur prédominance au sommet ;

3° Des *abcès rétropharyngiens* ou amygdaliens : en rechercher les signes locaux.

b. *Diagnostic de son point de départ.* — Une vomique étant admise, il s'agit de remonter à son point de départ. Il sera ordinairement révélé par l'examen méthodique des organes thoraciques et abdominaux et de la colonne vertébrale, qui mettra en évidence une suppuration pleurale, hépatique, rénale ou un mal de Pott. On se rappellera que les vomiques pleurales se distinguent par leur abondance et leur production relativement tardive, comparativement aux vomiques pulmonaires.

9° *Pronostic.* — Il est toujours grave, bien que la vomique. évacuation spontanée d'une collection purulente, réalise en somme un mode de guérison naturelle. La mort peut survenir soit par asphyxie pendant le rejet du pus, soit consécutivement par infection et héciticité : elle est habituelle dans la vomique pulmonaire ou dans celle qui succède à l'empyème généralisé : au contraire la guérison est fréquente dans la pleurésie interlobaire terminée par la vomique.

10° *Traitement.* — Il consiste dans l'ouverture et le drainage de la collection purulente. S'il y a un empyème généralisé, une large pleurotomie suivie ou non de lavages est indiquée. Quelques cas d'abcès pulmonaire ont été traités avec succès par la pneumotomie (QUINCKE). La pleurésie interlobaire est abandonnée à elle-même.

## ARTICLE V

## PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES

Nous ne décrivons sous ce titre ni la pleurésie histologique-hémorragique de DIEULAFOY, qui n'est qu'une pleurésie séro-fibrineuse à teinte rosée, caractérisée par un nombre considérable de globules rouges (plusieurs milliers par millimètre cube) et constituant quelquefois le premier stade d'une pleurésie purulente, ni l'épanchement primitif du sang pur dans la plé-

vre, sans pleurésie (hémothorax), qu'il soit traumatique ou succède à la rupture d'un anévrisme de l'aorte.

1° *Étiologie.* — La pleurésie hémorragique peut relever :

a. Du *cancer de la plèvre* (voy. p. 244) ;

b. De la *tuberculose* : 1° au cours de la granulie ; 2° au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique ; 3° elle peut précéder de plusieurs mois les premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire, soit qu'il s'agisse d'une localisation initiale de la tuberculose sur la plèvre, soit que la lésion pulmonaire reste encore absolument latente.

c. De *certaines maladies infectieuses ou diathésiques* ; elles agissent par l'intermédiaire des lésions du sang ou des vaisseaux (mal de Bright, cirrhose alcoolique, grippe, fièvre typhoïde, scorbut, *leucocythémie*, fièvres éruptives à forme hémorragique, etc.). Les pleurésies hémorragiques de ce groupe sont les plus rares.

d. Enfin, elle peut constituer une entité morbide, ne relevant d'aucune de ces diverses causes et anatomiquement caractérisée par la présence de fausses membranes très vasculaires, tapissant la paroi pleurale (*hématome pleural*). On ne peut arriver à ce diagnostic que par exclusion, en éliminant les états morbides que nous venons d'énumérer. — Ce liquide hémorragique a peu de tendance à se reproduire après la ponction.

2° *Anatomie pathologique et pathogénie.* — En dehors des lésions tuberculeuses ou cancéreuses que nous ne décrivons pas ici, la pleurésie hémorragique est caractérisée par la *pachypleurite*, c'est-à-dire par des fausses membranes formées de tissu conjonctif et parcourues par de nombreux vaisseaux jeunes et friables.

L'épanchement est plus ou moins hémorragique ; la proportion des globules rouges peut arriver jusqu'à 1/10 de ce qu'elle est dans le sang (DIEULAFOY). La quantité de fibrine est également variable, moindre dans les pleurésies cancéreuses.

L'hémorragie est attribuée à la rupture des vaisseaux et des

membranes vasculaires; les propriétés vaso-dilatatrices de certaines toxines microbiennes peuvent aussi jouer un rôle (ectasine de BOUGHARD pour la tuberculose).

**3° Symptomatologie et diagnostic.** — Rien ne permet, avant la ponction exploratrice, d'affirmer la nature hémorragique d'un épanchement : tantôt, en effet, on se trouve en présence des signes d'une pleurésie séro-fibrineuse qui existent au complet, y compris la pectoriloquie aphone (DIEULAFOY) qu'on a considérée à tort comme manquant toujours dans les pleurésies hémorragiques ou purulentes; tantôt tout plaide en faveur d'une pleurésie purulente (œdème de la paroi, pâleur, cachexie profonde, etc.).

La pleurésie hémorragique étant une fois mise en évidence par la ponction, il s'agit de remonter à l'affection causale (mal de Bright, leucocythémie, etc.) dont on recherchera les symptômes. Pour la tuberculose et le cancer, ce diagnostic pourra rester en suspens si les signes de tuberculose ou de cancer pulmonaire font défaut (compression des organes du médiastin, expectoration caractéristique, cachexie). Toutefois l'épreuve du laquage (BARD) pourra permettre de reconnaître la nature cancéreuse d'une pleurésie hémorragique (voy. p. 243).

C'est de cette affection causale que dépend surtout le pronostic; l'épanchement peut ne pas se reproduire après des ponctions répétées, ce qui n'empêche pas le cancer ou la tuberculose de continuer leur évolution et d'emporter le malade. L'épanchement peut aussi amener la mort par la dyspnée qu'il entraîne ou par l'affaiblissement qui résulte des ponctions successives agissant comme autant de saignées. Dans l'hématome simple de la plèvre, l'épanchement hémorragique se reproduit peu après la ponction; c'est aussi lui qui comporte le pronostic le plus bénin, bien qu'il évolue quelquefois vers la tuberculose (NETTER).

**4° Traitement.** — Il consiste dans l'évacuation par aspiration. Cette évacuation doit être incomplète et se borner à 7 ou 800 grammes, surtout dans les pleurésies cancéreuses où le déplacement des organes est plus prononcé et persistant (DIEU-

LAFOY). Une évacuation plus complète n'aurait aucun avantage à cause de la reproduction rapide du liquide et ne ferait qu'affaiblir inutilement le malade. Il faut se contenter d'un traitement palliatif : soulager la dyspnée. Les injections sous-cutanées de sérum gélatiné (100 centimètres cubes à 2 p. 100) me paraissent cependant indiquées.

## ARTICLE VI

## PLEURÉSIES PULSATILES

Ce sont presque toujours des pleurésies purulentes, d'où le nom d'*empyème pulsatile*<sup>1</sup> généralement employé pour désigner cette affection : il existe toutefois des pleurésies séro-fibrineuses pulsatiles mais elles sont très rares.

On distingue les pleurésies pulsatiles en intra et extrapleurales; ces dernières forment une poche extrathoracique qui communique avec la plèvre remplie de pus.

**1° Pleurésies pulsatiles intrapleurales.** — Il s'agit de pleurésies gauches déjà anciennes, datant de plusieurs mois, avec refoulement et quelquefois même immobilisation du cœur à droite; elles s'accompagnent fréquemment de pneumothorax.

Les pulsations siègent sur la ligne axillaire ou dans son voisinage, soit en avant, soit en arrière d'elle, et se font sentir sur une étendue variable, étendue le plus souvent comparable à celle du choc de la pointe du cœur, mais fréquemment plus considérable, au point que tout un côté du thorax est pulsatile (STOKES). On a noté quelquefois deux centres pulsatiles distincts.

Les pulsations, d'autant plus fortes qu'elles sont plus étendues, sont perceptibles à la vue et à la palpation; elles ne consistent pas en un mouvement d'expansion comme les anévris-

<sup>1</sup> Voyez BOUVERET, *Traité de l'empyème*. — COMBY, Thèse de Paris, 1881 et les *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1893 à 1895, passim.

mes, mais en une simple impulsion plus énergique que celle fournie habituellement par la pointe du cœur, toutefois inférieure à celle que donnerait un anévrysme de semblables dimensions.

La thoracentèse les supprime ou les atténue; elles reparaissent si le liquide se reforme.

L'auscultation du cœur montre que cet organe est parfaitement normal; on a signalé, mais de façon inconstante, de la péricardite (TRAUBE).

La pleurésie pulsatile peut être confondue avec une tumeur télangiectasique du poumon ou avec un anévrysme profond de l'aorte: une ponction exploratrice, pratiquée avec une fine aiguille, leverait sans danger tous les doutes.

**2° Pleurésies pulsatiles extrapleurales (empyème de nécessité pulsatile).** — Elles sont toujours purulentes. Ici encore, il s'agit d'une pleurésie datant de plusieurs mois, et qui s'accompagne, soit entre le sternum et la ligne axillaire, soit plus souvent en arrière de celle-ci, d'une *tuméfaction localisée* molle et dépressible et douée de mouvements d'expansion analogues à ceux d'une poche anévrysmale; mais, contrairement à ce qu'on observe dans l'anévrysme, on ne perçoit à ce niveau ni frémissement ni souffle, et la tumeur est influencée par les mouvements respiratoires. De plus, elle est plus ou moins réductible par la pression, ce qui indique qu'elle communique avec la plèvre. On peut être exposé à confondre l'empyème de nécessité pulsatile avec un abcès du médiastin, un abcès de la paroi costale, un abcès par congestion<sup>1</sup>, un anévrysme: c'est la constatation d'un *épanchement pleural concomitant* qui fera le diagnostic.

**3° Physiologie pathologique.** — Les battements perçus par

<sup>1</sup> Dans un cas de PEYROT, un *abcès froid pulsatile du thorax* affectait la forme dite « en bouton de chemise », c'est-à-dire qu'il se composait en réalité de deux poches, l'une intrathoracique en contact avec le cœur, l'autre extrathoracique, communiquant entre elles.

la main sont des battements communiqués à l'épanchement par le cœur; mais comment se fait cette transmission? FRENTZEL l'attribue à la locomotion normale du cœur qui, à chaque systole, se porterait de droite à gauche et viendrait ainsi comprimer l'épanchement. TRAUBE suppose que la péricardite est une condition favorable à la production de ce phénomène. FÉREOL admet que la présence d'un pneumothorax fermé est une condition importante, et il fait jouer un grand rôle à la compression des gaz. COMBY pense que les pulsations cardiaques sont renforcées par le poumon sclérosé ou refoulé-directement par le cœur, comme le démontrent certaines autopsies.

En réalité, deux conditions sont nécessaires pour la production d'une pleurésie pulsatile: il faut que le cœur batte avec énergie et que le liquide pleural ait une assez forte tension comme dans les grands épanchements (la disparition des pulsations après la thoracentèse le prouve). Si avec cela le diaphragme et le médiastin sont couverts de fausses membranes épaisses, si le poumon atelectasié et sclérosé par suite de la pleurésie ancienne a perdu son élasticité, les effets de la contraction cardiaque sur les organes voisins ne peuvent plus être atténués, et elle se transmettra intégralement par l'intermédiaire de l'épanchement incompressible au point le plus faible de la cavité, c'est-à-dire à la paroi thoracique.

## ARTICLE VII

## PLEURÉSIES ENKYSTÉES

Nous avons pris pour type des descriptions qui précèdent un épanchement qui occupe la grande cavité pleurale: mais il y a aussi des épanchements limités.

Ce sont: la pleurésie diaphragmatique, la pleurésie interlobaire et la pleurésie cloisonnée.

**1° Pleurésie diaphragmatique.** — La pleurésie diaphragmatique est limitée, au moins à son début, à la plèvre qui tapisse

la face inférieure du poumon et le diaphragme ; mais elle peut se propager ultérieurement à la plèvre costo-pulmonaire.

a. *Symptômes fonctionnels.* — Parfois les symptômes fonctionnels sont remarquables par leur intensité. Elle débute alors brusquement par une douleur vive dans la région de l'hypochondre avec irradiations vers l'épaule du même côté et le creux épigastrique. En exerçant une pression sur le nerf phrénique entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoidien, à la partie interne des espaces intercostaux ou au niveau du bouton diaphragmatique de GUÉNEAU DE MUSSY (voy. t. I, *Néuralgie diaphragmatique*), on provoque une douleur intense. La pression met aussi en évidence un point très douloureux au niveau des insertions antérieures du diaphragme. La dyspnée est formidable ; il y a souvent du hoquet, des vomissements et du délire. Le pouls est accéléré.

Cette forme bruyante, d'ailleurs la plus rare, est celle qui a servi de base aux descriptions. Par contre il existe fréquemment, surtout chez les tuberculeux, des pleurésies diaphragmatiques presque latentes, ne se révélant guère que par des douleurs sourdes avec points douloureux à la pression sur le trajet du phrénique, et par l'examen radioscopique.

b. *Signes physiques.* — Les signes physiques se bornent à l'immobilisation du diaphragme du côté malade, à une étroite bande de matité à la base du thorax, à l'atténuation des vibrations vocales et du murmure vésiculaire ; si la pleurésie diaphragmatique siège à droite, il peut y avoir abaissement du foie.

L'examen radioscopique, très précieux, montre « du côté douloureux l'obscurcissement total ou partiel du sinus costo-diaphragmatique, la limitation des mouvements du diaphragme et la diffusion de la ligne qui figure son contour » (BÉCLÈRE).

La pleurésie diaphragmatique peut être surtout confondue avec les abcès sous-phréniques (voyez tome I). Son pronostic est grave.

2° **Pleurésie interlobaire.** — La pleurésie interlobaire<sup>1</sup> est

<sup>1</sup> DIEULAFOY. La pleurésie interlobaire (étude médico-chirurgicale). *Semaine médicale*, 1899.

une pleurésie *purulente*, enkystée entre les lobes d'un poumon, dans une scissure interlobaire.

a. *Anatomie.* — Les scissures interlobaires sont des incisions profondes qui pénètrent le poumon jusqu'à son hile et le divisent en deux lobes à gauche, en trois lobes à droite.

Le *poumon gauche* présente une seule scissure oblique. Elle commence en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la troisième côte, c'est-à-dire à la hauteur de l'épine de l'omoplate, se dirige en avant et en bas pour se terminer sur la ligne mamelonnaire au niveau de l'extrémité antérieure de la septième côte. Son obliquité est donc de même sens que l'obliquité des côtes, mais plus prononcée. Elle partage le poumon en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur.

Le *poumon droit* présente deux scissures : 1° l'une *oblique* est de même direction que la gauche ; 2° l'autre, *horizontale*, se détache de la scissure oblique vers le bord externe de l'omoplate à 6 centimètres environ au-dessus de sa pointe et se dirige à peu près horizontalement vers le bord droit du sternum où elle se termine au niveau du quatrième ou cinquième cartilage costal. Le poumon droit est ainsi divisé en trois lobes : supérieur, moyen et inférieur par une scissure bifurquée.

Sur la *paroi latérale* du thorax les scissures obliques droite et gauche correspondent approximativement au cinquième espace intercostal. Quant à la scissure horizontale, elle correspond en général à la quatrième côte (ROCHARD)<sup>1</sup>.

Les scissures interlobaires sont complètement tapissées par la plèvre viscérale qui s'insinue entre les lobes du poumon et constitue ainsi la plèvre interlobaire. Si les lèvres d'une scissure arrivent à être soudées par l'inflammation et les adhérences il se forme une cavité indépendante de la grande cavité pleurale : la pleurésie interlobaire est constituée.

La quantité de pus ainsi enkysté est très variable : dans certains cas réduite à quelques cuillerées, dans des cas exceptionnels atteignant un litre, en général elle est de quelques centaines de grammes.

<sup>1</sup> ROCHARD, *Gazette des hôpitaux*, 1892. p. 283.

b. *Étiologie.* — La pleurésie interlobaire est quelquefois consécutive à une pneumonie; mais le plus souvent elle évolue comme une affection primitive, bien que le pneumocoque soit son agent pathogène le plus fréquent. La radioscopie a permis de découvrir chez les tuberculeux des pleurésies interlobaires susceptibles de se terminer par la résolution.

c. *Symptômes.* — La maladie débute brusquement par de la fièvre, de la toux sans expectoration, de l'oppression, un point de côté. L'examen du thorax à cette période ne montre qu'une submatité diffuse avec respiration soufflante et râles disséminés, le tout dans une région limitée du thorax.

Ce n'est qu'au bout d'une semaine ou plus que les *signes physiques* se précisent par l'apparition sur la partie postéro-latérale du thorax d'une zone de matité oblique, au niveau de laquelle le murmure respiratoire est aboli. Au-dessus ou au-dessous de cette zone on constate la présence de la sonorité pulmonaire et du murmure vésiculaire. Cette bande oblique ne correspond que très imparfaitement à la scissure interlobaire parce que la situation de celle-ci est plus ou moins modifiée par le poids et le volume de l'épanchement.

La *radioscopie* montre une zone d'ombre correspondant au siège de la matité et à la direction de l'une des scissures interlobaires et tranchant fortement sur la clarté des zones pulmonaires situées au-dessus et au-dessous.

Au bout d'un temps variant entre deux et plusieurs semaines, se produit la *vomique*, tantôt sans prodromes, tantôt précédée de fétidité de l'haleine ou de crachats infects. La vomique consiste dans le rejet, au milieu de secousses de toux violentes, et de suffocation, d'un abondant liquide purulent et fétide. A partir de ce moment l'auscultation fait entendre des signes cavitaires : râle caveux et gargouillements.

Exceptionnellement par suite des dimensions exigües de la fistule ou du foyer la vomique est remplacée par l'expectoration répétée de crochets purulents.

DIEULAFOY a signalé des cas où, en dehors de toute tuberculose des hémoptysies, dues à des altérations vasculaires de la paroi, ont précédé ou suivi la vomique.

Après la vomique la pleurésie interlobaire peut guérir spontanément. Dans d'autres cas, où l'évacuation est insuffisante, l'expectoration purulente persiste avec tous les symptômes de la phtisie : fièvre, amaigrissement, doigts hippocratiques, sueurs nocturnes; la mort survient dans l'hecticité à moins d'intervention chirurgicale.

d. *Traitement.* — L'intervention consiste dans l'ouverture du foyer en se guidant sur l'ensemble des signes physiques et les données anatomiques mentionnées plus haut.

3° *Pleurésie médiastine.* — La pleurésie médiastine dont il n'existe que quelques observations est la plupart du temps une pleurésie à pneumocoques. Elle se caractérise par son début brusque et par les symptômes suivants : douleur et matité dans le voisinage des troisième et quatrième vertèbres dorsales, contrastant avec la sonorité normale des régions voisines, signes de compression du médiastin tels que la dyspnée continue avec accès de suffocation, le tirage et le cornage, la dysphagie, les quintes de toux, les troubles de la voix. Malgré son évacuation par vomique la terminaison est défavorable parce que le foyer purulent se vide mal.

4° *Pleurésies cloisonnées.* — Dans les épanchements de ce genre la cavité pleurale est divisée en plusieurs loges par des adhérences fibreuses. Les signes physiques sont ceux d'une pleurésie classique, avec cette différence cependant que les vibrations vocales sont conservées au niveau des adhérences (JACCOD). La thoracentèse ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide et doit être pratiquée en plusieurs points.

#### ARTICLE VIII

#### PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

La pleurésie tuberculeuse peut être sèche, séro-fibrineuse, hémorragique ou purulente.

<sup>1</sup> DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-99.