

pleurésies purulentes *latentes* (Debove¹), qui ressortissent d'ailleurs à la même pathogénie; ou bien, l'empyème aigu devient chronique, presque toujours parce que le traitement est resté inactif ou a été insuffisant, et que le poumon, comprimé par une plèvre à laquelle on a donné le temps de s'épaissir, ne peut plus combler le vide pleural. Il reste une fistule permanente aboutissant à une cavité que rien ne peut combler, qui suppure sans cesse, et qui, sous peine d'entraîner la mort, nécessite une intervention chirurgicale sérieuse.

Lorsque le liquide est, en effet, abandonné à lui-même, ou bien il se résorbe, ce qui est rare et possible seulement dans l'empyème à pneumocoques, ou bien il se fait jour au dehors, soit vers les bronches, soit vers la peau.

Lorsqu'il sort par les bronches, c'est au moyen d'une fistule pleuro-bronchique; l'expectoration purulente prend le nom de *vomique*.

La vomique est une terminaison fréquente de l'empyème de la grande cavité. Elle est presque toujours le premier symptôme et souvent le seul des pleurésies enkystées. Son début diffère dans les deux cas: il est plus hâtif dans les pleurésies enkystées que dans celles qui sont généralisées. Lorsqu'elle est précoce, on l'observe dans le courant du premier mois; mais elle peut ne survenir qu'après deux ou trois mois, et même plus tard.

Quel que soit le moment de son apparition, l'expectoration se fait brusquement, après un effort ou une quinte de toux. Lorsqu'elle est définitivement établie, elle peut se répéter d'une façon continue; parfois, c'est le matin qu'elle revient de préférence; d'autres fois, elle cesse pendant quelques jours pour se reproduire de nouveau. Le liquide expectoré est d'abord franchement purulent, puis il se mélange aux sécrétions bronchiques et devient muco-purulent. Lorsque la vomique est peu abondante, le malade ne rend que quelques crachats mêlés aux mucosités bronchiques, et l'on pourrait confondre cette expectoration avec celle qui caractérise la tuberculose pulmonaire chronique.

Si la vomique est considérable, on voit apparaître au niveau de la zone de matité des signes de caverne ou de pneumothorax (souffle caverneux ou amphorique, gargouillement). Le pneumothorax vrai manque, lorsque la fistule est disposée en soupape et de telle façon qu'elle permet la sortie du liquide sans laisser pénétrer l'air dans la plèvre.

Après l'évacuation du pus, le malade éprouve un grand sou-

1. De la pleurésie purulente latente et de son traitement (*Soc. médicale des hôpitaux*, 11 févr. 1887).

lagement. La respiration devient plus libre. La fièvre tombe presque toujours, pour remonter quelques jours après si la vomique doit se reproduire.

Dans les empyèmes enkystés, interlobaires ou diaphragmatiques, la vomique constitue un mode de guérison spontanée. Dans ces cas favorables, les vomiques, tout en se répétant, deviennent moins copieuses, puis plus rares; les symptômes généraux s'amendent avec la disparition de la fièvre; l'abcès se cicatrise définitivement. D'autres fois, il n'y a qu'une rémission bien courte; puis, les sueurs, les frissons, la diarrhée, la fièvre reparaissent. Il y a rétention du pus dans la plèvre. L'intervention s'impose dans ce cas, car le patient crache indéfiniment du pus; il se cachectise progressivement et succombe aux progrès croissants d'une interminable suppuration.

Le pus peut au contraire se faire jour par la paroi thoracique. Un abcès se forme dans le cinquième ou sixième espace intercostal, à l'union de la paroi externe avec la paroi antérieure du thorax, ou en avant, vers le troisième espace. On donne à cet abcès le nom d'*empyème de nécessité*. C'est d'abord un œdème saillant, douloureux, rougeâtre; puis une tuméfaction limitée qui augmente, devient fluctuante, réductible; elle s'abcède enfin et livre passage à une grande quantité de pus.

Suivant la disposition de l'orifice, l'air extérieur pénètre ou non dans la plèvre. Dans le premier cas, des symptômes de pneumothorax apparaissent; dans le deuxième, c'est une période d'amélioration qui se manifeste par suite de la diminution de la compression du cœur et des poumons. Cette amélioration n'est que passagère, et les exemples de guérison spontanée par fistule pleuro-cutanée sont infiniment rares. Le plus souvent, l'empyème, spontanément ouvert par la paroi du thorax et non traité, devient un empyème chronique.

Enfin, le pus peut se faire jour par d'autres voies. Ce sont les migrations insolites déjà signalées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pleurésie purulente est souvent fort difficile.

Lorsque les signes de pleurésie sont évidents, — et nous n'avons pas à revenir sur leurs caractères, — il faut s'efforcer de reconnaître la nature de l'épanchement, en étudiant soigneusement les symptômes locaux (œdème de la paroi, dilatation des veines sous-cutanées, zones irrégulières de matité, absence de pectoriloque aphone) et en tenant surtout un grand compte de l'ensemble des signes généraux.

Au début de la forme aiguë, rien d'abord ne distingue la pleurésie

purulente de la pleurésie séreuse. Car ce n'est qu'à une période déjà avancée de la maladie que la face devient terreuse, que l'œdème de la paroi apparaît, en somme, que les symptômes de la purulence se manifestent. Par conséquent, c'est la gravité de l'état général qui doit fixer le jugement : frissons répétés, sueurs, fièvre continue avec exacerbations vespérales ou accès fébriles existant seulement le soir, anorexie, diarrhée, albuminurie. On devra, en des cas semblables, rechercher la cause de l'empyème; car les circonstances au milieu desquelles il se produit constituent des présomptions sérieuses en faveur de sa nature (fièvre puerpérale, scarlatine grave, pyohémie).

S'agit-il, au contraire, de la forme chronique, la pleurésie purulente pourra être confondue avec toutes les maladies à marche chronique, surtout avec celles qui amènent à la longue la fièvre hectique et le dépérissement. La tuberculisation étendue d'un poumon offre des signes qui rendent la méprise facile : une matité très étendue d'un côté, avec intégrité absolue ou presque complète du poumon opposé, exclut l'idée d'une tuberculose avec laquelle les vibrations vocales seraient, en outre, normales ou exagérées, tandis qu'elles sont faibles ou nulles dans la pleurésie.

Dans les cas chroniques encore, des signes physiques communs peuvent faire confondre l'empyème, soit avec une tumeur de la plèvre, du médiastin ou du poumon, soit avec un anévrysme de l'aorte. Ces symptômes communs sont : la voussure du thorax, la matité, le silence respiratoire, la broncho-égophonie. Par contre, l'exagération des vibrations vocales du fait de la tumeur, le développement plus constant d'un réseau veineux sous-cutané, la présence de ganglions dans l'aisselle ou le creux sus-claviculaire, dans les cas de cancer du poumon ou du médiastin, sont autant de signes qui permettent de ne pas confondre l'une quelconque de ces différentes affections avec la pleurésie.

Lorsqu'un empyème pulsatile existe, on peut le confondre avec un anévrysme de l'aorte. Il faut donc rechercher minutieusement les signes propres à l'anévrysme : frémissement, souffle, modifications du pouls dans les artères qui naissent au-dessous de la poche anévrysmale, inégalité des deux pouls radiaux, phénomènes de compression du côté des bronches, de la trachée, de l'œsophage et des gros troncs veineux du médiastin. Enfin, eu égard à l'étendue de la matité, les battements de l'anévrysme sont généralement beaucoup plus énergiques que ceux de l'empyème pulsatile.

Lorsque la pleurésie purulente s'est ouverte, soit à la peau, soit vers les bronches, d'autres difficultés de diagnostic peuvent surgir. S'il s'agit d'une fistule cutanée et d'un empyème de nécessité, l'erreur

ne peut être de longue durée. Les hésitations sont au contraire fréquentes, s'il y a vomique¹.

Mais il ne suffit pas, en face d'une pleurésie purulente, de faire le diagnostic différentiel; il faut savoir quelle en est la nature bactériologique. Toutes les données relatives au pronostic et au traitement dépendent de la solution de cette question. C'est elle qu'il faut envisager maintenant.

DESCRIPTION PARTICULIÈRE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS MICROBIOLOGIQUES DE PLEURÉSIES PURULENTES²

Toute la pathogénie des pleurésies purulentes, si complexe autrefois, se borne actuellement à la connaissance des micro-organismes capables de la produire. Or les agents pyogènes que l'on rencontre ordinairement dans le pus de l'empyème sont, en somme, peu nombreux, et les variétés de la maladie seraient bien réduites, si les agents de la suppuration étaient toujours à l'état de culture pure, c'est-à-dire seuls dans l'épanchement. Mais les microbes sont souvent associés dans le liquide pleural, et de ce fait naissent différentes variétés cliniques. On peut, en somme, faire deux grands groupes de pleurésies purulentes :

1° *Formes pures de l'empyème* (il n'y a qu'un microbe dans le pus). — Pleurésies à pneumocoques, à streptocoques, tuberculeuse.

D'autres micro-organismes ont été trouvés encore à l'état isolé dans le pus. Ce sont : le bacille de Friedländer, les staphylocoques, le bacille d'Eberth. La rareté de ces variétés isolées n'a pas encore permis de leur décrire une forme particulière.

2° *Formes associées*. — Il y a infection mixte, c'est-à-dire association dans le pus de plusieurs microbes : bacilles de Koch et streptocoques, streptocoques et staphylocoques, streptocoques et microbes de la gangrène, cette dernière association constituant les pleurésies gangréneuses et putrides.

Les pleurésies purulentes produites par les microbes ordinaires de la suppuration (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, seuls ou associés) sont *aiguës, fébriles*, et, quelle que soit l'affection qu'elles viennent compliquer, elles ont toujours la même forme clinique, commandée directement par les caractères biologiques du micro-organisme.

1. On trouvera tous les éléments du diagnostic de la vomique pleurale au chapitre des Vomiques.

2. Voir pour plus de détails : COURTOIS-SUFFIT, *Les pleurésies purulentes* (Thèse de Paris, 1891).

Formes aiguës de l'empyème. — *Pleurésie purulente à pneumocoques.* — Cette première forme a été désignée sous le nom de pleurésie *métapneumonique*, dénomination mauvaise et qui doit être abandonnée, car l'empyème pneumococcique peut survenir en dehors de la pneumonie et exister à l'état isolé.

La pleurésie purulente à pneumocoques est caractérisée surtout par sa relative bénignité, par la résorption possible de l'épanchement, par sa guérison spontanée à la suite d'une vomique; tous ces faits dépendent en grande partie de la rapidité avec laquelle le microbe perd sa virulence et meurt.

La pleurésie peut être isolée et primitive; presque toujours, cependant, elle est secondaire. Parfois c'est à la suite d'une manifestation pneumococcique éloignée qu'elle survient; plus souvent elle apparaît au cours ou après la défervescence de la pneumonie. Elle est infiniment plus fréquente chez les enfants que toute autre forme; on l'observe souvent chez les adultes de vingt à trente ans. Elle paraît frapper par séries, généralement pendant les mois de janvier à mars; ce qui est en rapport avec la fréquence et la gravité plus grandes des pneumonies à cette époque.

Elle débute de deux façons. Lorsqu'elle est primitive, le début en est brusque, douloureux, fébrile: l'épanchement est abondant. Lorsqu'elle survient au cours de la pneumonie, son début est le plus souvent masqué par les symptômes primordiaux de l'hépatisation pulmonaire; si elle apparaît quelques jours après la défervescence de la pneumonie, elle est accompagnée de tout un cortège de symptômes aigus, fébriles, comme lorsqu'elle est primitive. A sa période d'état, quelques-uns de ses symptômes sont caractéristiques.

La fièvre y est assez spéciale. Au début, l'élévation de la température dépend de la formation plus ou moins rapide de l'épanchement; plus tard, la fièvre est communément peu élevée, et en tout état de cause, les grandes oscillations, les accès intermittents vespéraux, précédés de frissons violents, n'existent pas et appartiennent surtout aux pleurésies pyohémiques. Parfois, des oscillations se produisent, mais elles tiennent soit à une infection secondaire par un autre microbe (le streptocoque, par exemple), soit à l'apparition d'une vomique. La fièvre, en effet, monte rapidement avant la vomique, et descend presque à la normale après elle, produisant ainsi des irrégularités assez grandes de la courbe thermique.

La quantité du liquide purulent, dans la pleurésie à pneumocoques, varie en moyenne entre 2 et 6 litres; mais ce dont il faut surtout se souvenir, c'est qu'il n'y a aucun rapport entre l'abondance de l'épanchement et la gravité de la pleurésie; les plus graves sont souvent les moins abondantes. Le pus de l'empyème à

pneumocoques a une apparence tout à fait spéciale. Il est épais, crémeux, verdâtre, sans odeur.

Livrés à eux-mêmes, ces empyèmes ont des destinées diverses. Ou bien, l'épanchement se résorbe. C'est une terminaison heureuse, mais rare, sur laquelle il ne faut pas compter et qu'il ne faut jamais attendre. D'autres fois, le pus s'enkyste et la pleurésie guérit après une vomique. Cette tendance à l'enkystement et à la vomique (26 pour 100) est une des particularités les plus caractéristiques de l'empyème à pneumocoques.

La durée de la maladie est en général plus courte que celle de toutes les autres variétés d'empyème; ce qui tient à la bénignité spontanée en général plus grande que dans les autres cas, mais aussi à l'efficacité plus constante du traitement employé. La mortalité n'a jamais dépassé 15 pour 100; elle peut descendre beaucoup plus.

Pleurésie purulente à streptocoques. — Ce qui assure l'action du streptocoque en tant qu'agent pathogène, c'est sa résistance aux causes de destruction et souvent sa longue vitalité. A l'abri de l'oxygène, il exalte sa virulence, ce qui explique sa remarquable longévité dans la plèvre.

Les causes de la pleurésie purulente à streptocoques sont extrêmement nombreuses. Elle peut survenir au cours d'une maladie dont le streptocoque est l'agent pathogène (érysipèle, fièvre puerpérale), ou bien à la suite de lésions similaires des organes voisins (péritonites, pneumonies et broncho-pneumonies à streptocoques), ou après une manifestation streptococcique éloignée (otite, angine, phlegmon du cou), enfin, dans de nombreuses maladies infectieuses spécifiques, le streptocoque est l'agent commun des suppurations secondaires, et c'est lui qui se retrouve presque toujours dans le liquide pleural (grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, tuberculose).

Le début de la pleurésie pure à streptocoques est vif ou lent; mais ce qu'il importe plus de savoir, c'est qu'il n'y a aucun rapport entre l'acuité ou le caractère insidieux du début et la rapidité ou la lenteur de l'évolution future. A la période d'état, l'empyème affecte une forme moyenne, qui n'a pas la rapide évolution de la pleurésie à pneumocoques, ni la chronicité des pleurésies tuberculeuses primitives.

La fièvre y est bien caractéristique. Presque toujours élevée, elle revêt le type de la fièvre de suppuration à oscillations grandes et irrégulières. Elle s'accompagne de phénomènes généraux graves: frissons répétés, sueurs fréquentes, troubles digestifs intenses, anorexie absolue, diarrhée. La quantité du liquide oscille entre 500 grammes et 3 litres. Le pus est peu épais, jaunâtre, liquide, sans odeur. Assez fluide, il renferme souvent des lambeaux de fausses membranes. Laissé au repos, il se sépare en deux couches, une infé-

rieure épaisse, l'autre supérieure, constituée par un liquide clair et transparent.

Un des symptômes les plus importants et les plus caractéristiques est la reproduction incessante de l'épanchement; elle est de règle tant qu'il reste des streptocoques dans la plèvre, ce qui explique bien les nombreux cas de rechute observés dans cette variété, même après l'opération de l'empyème. La maladie peut même se terminer par infection purulente généralisée¹.

La durée en est toujours assez longue; la guérison s'obtient en général moins vite et moins facilement que dans l'empyème à pneumocoques. La mortalité n'est jamais descendue à moins de 25 pour 100.

On pourrait schématiquement décrire trois formes cliniques de l'empyème streptococcique: une suraiguë (quelques observations dans la fièvre puerpérale), une aiguë (fréquente dans les épidémies de grippe), une chronique et lente. Ce ne sont là que nuances cliniques peu accentuées, car à un début très aigu peut faire suite une évolution chronique et réciproquement.

Pleurésies purulentes aiguës par infection mixte. — Il suffit de mentionner les différentes associations microbiennes possibles; car leur histoire clinique est encore à peine ébauchée.

Celles que l'on observe le plus souvent sont: pneumocoques et streptocoques, staphylocoques et streptocoques, bacilles d'Eberth et streptocoques. Dans la tuberculose les faits sont plus intéressants; on peut y rencontrer soit la suppuration pleurale par le seul streptocoque; soit l'association de ce dernier microbe au bacille de Koch; ces deux principales variétés constituent ce que l'on a nommé les pleurésies purulentes aiguës et subaiguës dans la tuberculose.

Parmi les pleurésies par association microbienne, les plus importantes sont les *gangréneuses* et les *putrides*.

Dans ces cas, la suppuration est toujours produite, ou du moins dans la très grande majorité des cas, par ses microbes ordinaires (streptocoques, le plus souvent), et à côté d'eux on rencontre les agents directs de la putréfaction. Ceux-ci sont des bâtonnets de toutes dimensions, des microbes saprogènes qui donnent lieu à l'intoxication putride.

Trois grands phénomènes dominent toute l'évolution symptomatique de ces empyèmes: 1° la forme du début, lequel est presque toujours extrêmement violent. Les phénomènes douloureux sont remarquables par leur durée et leur acuité. Le point de côté est persistant,

1. COURTOIS-SUFFIT et RÉMOND, Pleurésie purulente à streptocoque. Mort par infection purulente généralisée (*Gaz. des hôpitaux*, 4 mars 1890).

continu, et s'exaspère au moindre mouvement; — 2° la fièvre. Au début, elle est d'abord moyenne, continue, avec des rémissions matinales. Plus tard, les violentes exacerbations fébriles apparaissent; la température s'élève brusquement de 2 ou 3 degrés. Ces accès peuvent être précédés d'un grand frisson et suivis d'une abondante transpiration; — 3° la tendance à la gravité rapide de l'état général, à l'adynamie profonde, à la prostration.

Le pronostic en est toujours très grave.

Forme chronique de l'empyème. — *Pleurésie purulente tuberculeuse.* — Nous venons de voir que des pleurésies purulentes aiguës et subaiguës surviennent souvent au cours de la tuberculose. A côté de ces deux formes, il en est une autre infiniment plus importante: la véritable *pleurésie tuberculeuse*, dans laquelle le bacille spécifique se localise en la plèvre, y séjourne, y cause des désordres tout à fait particuliers; c'est cette forme que l'on a comparée très justement à un abcès froid, d'où le nom d'*abcès froid pleural*. Il est probable que le liquide purulent est la conséquence du ramollissement successif des tubercules pleuraux (Kelsch et Vaillard).

Cette pleurésie évolue comme une lésion locale. Sa tendance à la chronicité s'accuse dès le début de son évolution et se manifeste dans la suite par l'allure traînante et insidieuse des symptômes. Le malade qui en est atteint est souvent un tuberculeux au début. Il a eu des hémoptysies, lorsque, plus ou moins subitement, il prend une pleurésie séreuse, d'abord d'allure bénigne. Cette pleurésie paraît se terminer, l'état du malade s'améliore et lui permet parfois de reprendre ses travaux ordinaires; mais, peu à peu, la dyspnée se reproduit, l'oppression devient considérable. Le malade entre à l'hôpital et l'on constate qu'il porte en sa poitrine une quantité parfois énorme de liquide. Après une thoracentèse, les symptômes disparaissent pendant un certain temps; puis, une seconde intervention devient nécessaire, et d'autres encore, toujours espacées par de longues périodes.

Cependant l'hecticité apparaît et le malade succombe généralement à un accident de la tuberculose pulmonaire chronique, à une hémoptysie abondante, à une poussée aiguë de broncho-pneumonie.

Le liquide est le plus souvent puriforme, jaunâtre, opaque, sans odeur, sans flocons fibrineux, presque toujours fluide. Il prend souvent l'aspect *graisseux*.

Il faut se souvenir que l'on ne rencontre pas toujours le bacille de Koch, dans l'épanchement. Fränkel prétend même que, lorsque dans un liquide pleural, on ne trouve ni bacilles, ni microbes de la suppuration, on est en droit d'affirmer sa nature tuberculeuse.

Pour parfaire le diagnostic, dans un cas semblable, il faut s'adresser à l'inoculation. Celle-ci doit être faite dans le péritoine du cobaye.

La tuberculose est produite du vingt-huitième au trentième jour, ce que l'on constate en sacrifiant l'animal à cette époque.

M. COURTOIS-SUFFIT.

ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES DE LA PLÈVRE

Ces épanchements méritent une description à part en raison de leur nature mystérieuse. Ils constituent une affection très rare et de connaissance récente. Si on laisse de côté les exemples peu probants qu'on a cru en reconnaître dans les écrits du passé, on n'en compte qu'une douzaine d'observations au plus dans la science, toutes parues depuis 1874¹.

Symptomatologie. — Ces épanchements ne se distinguent pas cliniquement d'une pleurésie séreuse ou purulente, subaiguë ou chronique. Ils se forment et s'accroissent lentement. Ordinairement abondants, ils déplacent fortement les organes et provoquent volontiers de l'oppression et de la dyspnée.

Leur nature n'est reconnue que par la ponction. Le liquide retiré est opaque, d'un blanc laiteux ou légèrement jaunâtre; parfois il a un reflet verdâtre. On l'a comparé à du chyle, à un looch. Il est homogène, sans flocons fibrineux et n'a pas d'odeur. On y voit souvent de petites paillettes de cholestérine, reconnaissables à leur aspect chatoyant. Sa quantité varie de 2 à 3 litres; dans un cas elle était de 7 litres (Quincke). Placé dans une éprouvette, il se sépare en deux couches; l'inférieure est claire, la supérieure blanche et crémeuse. Traité par l'éther qui dissout la graisse, le liquide s'éclaircit et prend une teinte bleuâtre. Il renferme de l'albumine, mais pas de fibrine. L'examen microscopique y fait voir de nombreuses granulations graisseuses, les unes isolées, les autres en amas et rappelant l'aspect des corpuscules de Glüge. Il n'y a pas de leucocytes, ou du moins ils sont très rares.

Dans un seul cas, celui de Sainton, des recherches microbiennes, d'ailleurs imparfaites, ont été entreprises sur le liquide: leur résultat fut négatif.

L'épanchement n'a aucune tendance à se résorber; il se reproduit

1. Ce sont celles de Gueneau de Mussy, de Quincke, Zuncke, Rokitansky, Bacelli, Sainton, Debove, Hérard, etc. Elles ont été réunies par M^{me} Perrée dans sa thèse (1881).

avec persistance après chaque ponction. Il n'y a pas d'exemple d'épanchement chyliforme terminé par vomique et la guérison n'a pas encore été observée.

Anatomie pathologique. — Trois autopsies seulement, dont l'une très incomplète (Zuncke), ont été pratiquées. Dans le cas de Rokitansky, on nota la dilatation des lymphatiques sous-pleuraux ainsi que des rétrécissements cicatriciels du canal thoracique. Chez le malade de M. Debove, le canal thoracique était sain; mais la plèvre était doublée d'un tissu de quelques millimètres d'épaisseur, formé de plusieurs couches superposées où le microscope permettait de reconnaître de nombreuses granulations graisseuses. L'aspect et la structure de ce tissu, jaunâtre dans son ensemble avec des taches plus foncées, rappelaient ceux d'une aorte légèrement athéromateuse. La paroi de la plèvre était lisse et ne présentait pas trace de fausses membranes.

Étiologie. Pathogénie. — Les causes qui président au développement des épanchements chyliformes sont inconnues. Dans les cas observés jusqu'ici, l'apparition de l'épanchement a coïncidé avec l'une des circonstances étiologiques suivantes: refroidissement, traumatisme, alcoolisme, fatigues, puerpéralité, tuberculose, affection cardiaque. La diversité de ces causes leur enlève toute valeur. Elles ne sauraient servir à résoudre la question de pathogénie.

Gueneau de Mussy a soutenu que l'épanchement chyliforme n'est qu'une variété de pleurésie purulente, un empyème en dégénérescence graisseuse. On a été plus loin et, remarquant la fréquence avec laquelle les globules de pus subissent la dégénérescence graisseuse dans les suppurations tuberculeuses, on a identifié les épanchements chyliformes aux empyèmes tuberculeux, dont ils partagent d'ailleurs l'évolution et le pronostic. Il est cependant difficile d'expliquer avec cette théorie comment le liquide, qui se reforme dans la plèvre aussitôt après une ponction, reparait d'emblée à l'état d'épanchement chyliforme, sans renfermer une certaine proportion de leucocytes. Il faut noter aussi que les épanchements chyliformes ne s'accompagnent pas des phénomènes généraux, fièvre, diarrhée, œdèmes, si fréquents dans les pleurésies purulentes.

Pour Quincke, l'aspect laiteux est dû tantôt à la présence dans le liquide de cellules épithéliales dégénérées ou de cellules cancéreuses, tantôt à un épanchement de chyle résultant d'une oblitération du canal thoracique.

Selon M. Debove¹, le liquide n'est ni du chyle ni du pus trans-

1. DEBOVE, Rech. sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses (Soc. médicale des hôpitaux, 27 mai 1881).