

formé; c'est un épanchement spécial qu'on doit ranger à côté des épanchements séreux, hémorrhagiques et purulents. Dans certains cas, l'épanchement chyliforme de la plèvre résulterait de la présence dans l'économie de la filaire du sang (Lancereaux).

M. BOULAY et H. BOURGES.

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

La tuberculose est la cause la plus commune de l'inflammation pleurale. Elle la provoque sous toutes ses formes aiguës ou chroniques, dans toutes ses variétés anatomiques : sèche, séro-fibrineuse, hémorrhagique, purulente. Tantôt la pleurésie est liée à des lésions tuberculeuses, manifestement spécifiques, de la séreuse, et elle peut alors résulter d'une localisation primitive du bacille sur la plèvre; tantôt elle semble devoir être considérée comme une inflammation banale, résultant d'une irritation de voisinage dont le poumon tuberculeux est le point de départ.

Elle survient au cours de la tuberculose pulmonaire, aiguë ou chronique, dont elle est la compagne habituelle, ou bien elle la précède.

Dans la forme pneumonique de la phtisie aiguë, la pleurésie est ordinairement sèche et limitée; elle a peu d'importance clinique. Dans la forme granulique, elle est souvent double; elle est sèche, séreuse, séro-purulente ou hémorrhagique. Elle peut rester au second plan ou bien constituer, par la prédominance de ses signes, la *forme pleurale de la granulie*.

Cette variété de pleurésie tuberculeuse mérite une courte description. Lorsqu'elle surprend l'individu en pleine santé, son début peut être aussi brusque que celui d'une pleurésie aiguë vulgaire : il est signalé par un point de côté, de l'oppression, une toux sèche. Dans d'autres cas, des phénomènes généraux, un état fébrile, de la céphalalgie, de l'inappétence, de l'affaiblissement précédent de quelques jours l'apparition de l'exsudat qui se développe sans frisson initial, sans dyspnée.

Si la pleurésie est sèche, la prédominance des signes au sommet peut mettre sur la voie du diagnostic. Lorsqu'un épanchement se forme, il reste souvent peu abondant, n'occupant que les parties les plus déclives, ou bien il s'accroît et tend à envahir toute la plèvre. Son niveau supérieur est alors sujet à de grandes oscillations; il

arrive même que le liquide disparaisse complètement pour reparaitre ensuite soudainement. L'épanchement n'occupe d'abord qu'un seul côté; mais habituellement il ne tarde pas à occuper les deux; il prédomine alors alternativement dans l'une ou l'autre plèvre. Jusque-là, on ne constate que les signes d'une pleurésie anormale dans ses allures et sur la nature de laquelle on fait les plus grandes réserves.

Mais après une période dont la durée varie de quelques jours à une ou deux semaines, le tableau de la maladie se complète par l'apparition de signes non équivoques de généralisation. La phtisie aiguë pleurale est, en effet, une forme transitoire qui aboutit ordinairement à l'une des autres formes de la granulie. Tantôt les phénomènes généraux s'aggravent et la maladie finit avec l'ensemble symptomatique de l'état typhoïde : les granulations se produisent sur les autres séreuses et le malade succombe à la tuberculose aiguë généralisée; tantôt les phénomènes pulmonaires deviennent prédominants et relèguent la pleurésie au second plan.

A l'autopsie les feuillets pleuraux, surtout le feuillet pariétal, sont recouverts d'un semis de fines granulations grises. Les fausses membranes sont rares et minces, les néo-membranes peu développées.

Il est exceptionnel que la poussée aiguë de granulations pleurales s'éteigne, et que la pleurésie tuberculeuse aiguë se transforme en pleurésie tuberculeuse chronique.

Le diagnostic de cette forme pleurale de la granulie est très difficile. Au début, la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux, les allures de l'épanchement, les irrégularités du tracé thermique présentant des oscillations instables entre 37 et 40 degrés, autorisent des présomptions sur la nature tuberculeuse de la pleurésie. Le diagnostic sera confirmé par l'apparition de l'état typhoïde ou des phénomènes de généralisation. La carcinose miliaire aiguë des séreuses peut simuler cette forme de la granulie, mais elle est beaucoup plus rare.

La pleurésie qui accompagne la phtisie chronique est sèche ou avec épanchement. Sèche, elle est d'ordinaire très limitée et occupe particulièrement le sommet; elle procède par poussées successives, courtes et irrégulières; elle a vraisemblablement un rôle dans la production de la toux, des douleurs et des points de côté accusés si souvent par les tuberculeux; elle contribue à la diminution de la sonorité, des vibrations et du murmure vésiculaire ainsi qu'à la dépression de la région sous-claviculaire. Elle gêne l'expansion pulmonaire, mais a un rôle utile en limitant le processus et en s'opposant à la perforation de l'organe et à la formation d'un pneumothorax. Anatomiquement elle est représentée par des néo-

membranes fibreuses, renfermant ou non des tubercules, et qui font adhérer tellement le poumon à la paroi qu'on ne saurait l'extraire sans le déchirer.

Les pleurésies avec épanchement des tuberculeux sont surtout séreuses, quelquefois purulentes, plus rarement hémorrhagiques. Elles surviennent au cours de la tuberculose en pleine évolution ou parfois, plus tardivement, à la dernière période, dont elles précipitent le terme. Ces pleurésies sont le plus souvent latentes; elles peuvent être doubles ou partielles. L'épanchement est ordinairement peu abondant; toutefois, en raison des allures insidieuses de la complication, il prend parfois de grandes proportions à l'insu du médecin. La pleurésie terminale n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

Dans tous ces cas, l'origine tuberculeuse de l'inflammation pleurale n'est pas douteuse. Il en est de même lorsque la pleurésie est liée à la tuberculose chronique du péritoine; là encore le diagnostic pathogénique ne présente pas de difficulté.

Mais il existe toute une série de cas où la pleurésie n'est pas manifestement tuberculeuse; ce sont ceux où elle survient chez des gens qui eux-mêmes ne sont pas nettement tuberculeux. Or, en ce qui concerne certaines variétés de pleurésies pré-tuberculeuses, la question a été jugée depuis longtemps par la clinique. Il en est ainsi de la pleurésie sèche, limitée au sommet, et des pleurésies séro-fibrineuses à forme insidieuse et torpide. Ces localisations pleurales sont suivies, et parfois de très près, de l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire dont le rapport clinique avec la lésion de la plèvre est incontesté. Ce sont bien des pleurésies tuberculeuses, précédant, réellement ou en apparence, la localisation pulmonaire.

En est-il de même de ces pleurésies qui, débutant, évoluant et se terminant comme les pleurésies les plus franches, sont suivies à une échéance plus ou moins éloignée, qui peut varier de quelques mois à six, huit et dix ans, du développement de la phtisie pulmonaire? Ici les opinions diffèrent.

Pour les uns, la pleurésie primitive *a frigore* crée une diminution de résistance locale qui rend le terrain favorable à l'évolution du bacille, ou bien encore son action se réduit à amener un séjour prolongé à l'hôpital où le malade prend le germe de la tuberculose.

Pour les autres, la pleurésie dite *a frigore* est le plus souvent une pleurésie tuberculeuse d'emblée: l'étiologie, la clinique, l'anatomie pathologique le démontrent. Ces pleurésies se développent sur un terrain prédisposé et surtout bien préparé par l'hérédité. Très fréquemment on voit éclater à leur suite, après une guérison apparente d'une plus ou moins longue durée, une infection tuberculeuse avérée; et, si celle-ci ne se montre pas constamment, c'est que

la tuberculose primitive de la plèvre est une tuberculose locale particulièrement curable. Enfin les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses sont caractérisées par la présence de tubercules fibreux dans la séreuse, comme elles le sont par des tubercules caséifiés lorsqu'elles sont purulentes et par des altérations vasculaires spéciales, quand elles sont hémorrhagiques. Si l'on ne peut découvrir directement le bacille de Koch dans la sérosité épanchée, du moins celle-ci se montre parfois virulente.

Cette opinion, qui fait de presque toutes les pleurésies *a frigore* des pleurésies tuberculeuses, semble empreinte de quelque exagération, mais on doit reconnaître qu'elle renferme une grande part de vérité.

M. BOULAY et H. BOURGES.

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT SÉRO-FIBRINEUX OU HÉMORRHAGIQUE

Au début de toute pleurésie aiguë, le malade présente des symptômes douloureux, souvent très intenses, qu'il importe tout de suite de faire cesser, et contre lesquels de nombreuses médications ont été vantées. Parmi ces phénomènes du début, l'oppression, le point de côté, l'élévation parfois considérable de la température doivent d'abord être combattus.

On a, pendant longtemps, conseillé vivement l'emploi des saignées générales au début de la pleurésie aiguë. Andral, Bouillaud, Chomel, Louis en proclamaient hautement les heureux résultats, et prétendaient qu'à l'aide de ce moyen on pouvait arrêter la maladie à son début et empêcher l'épanchement de se produire. Cependant aucun moyen thérapeutique n'est tombé dans un discrédit plus grand; et personne actuellement ne songe à pratiquer une saignée générale importante chez un malade qui commence une pleurésie.

La saignée locale, pratiquée à l'aide de ventouses scarifiées, est un excellent moyen, qui, outre son action antiphlogistique, a un effet très rapide sur le point de côté. Les ventouses amènent très rapidement une détente des phénomènes douloureux. De toute façon elles sont infiniment préférables aux applications de glace sur la