

Il existe parfois une *dilatation de la poitrine* du côté de l'épanchement et une diminution dans les excursions thoraciques ; mais un symptôme plus important consiste dans l'*affaiblissement* ou la *disparition des vibrations vocales*. La percussion donne une *matité* plus ou moins accentuée au niveau de l'épanchement et une disparition de l'espace sonore de Traube lorsqu'il siège à gauche. L'auscultation révèle un *affaiblissement du murmure respiratoire*, ou une absence complète de tout bruit normal ou morbide ; plus rarement un souffle doux, lointain, voilé ¹. La *voix* suit toutes les modifications du bruit respiratoire ; là où il ne s'entend pas, la voix manque également : est-il faible, la voix devient chevrotante ; c'est l'*égophonie* ou la voix de polichinelle. — Lorsque l'épanchement est peu abondant, il arrive souvent que l'*égophonie* manque et qu'on peut hésiter entre la pleurésie et la spléno-pneumonie. Le plus simple est alors de faire aseptiquement une ponction exploratrice avec une seringue analogue à celle de Pravaz.

On peut utiliser la radiographie.

La *pleurésie purulente* se traduit par l'existence d'une fièvre continue avec exacerbations, par des sueurs nocturnes, un amaigrissement rapide avec une teinte terreuse, de la diarrhée et de l'albuminurie, parfois un œdème de la paroi correspondante du thorax, l'absence de pectoriloquie aphone.

3° La *pleurésie diaphragmatique* donne lieu à quelques symptômes spéciaux : une dyspnée extrême due à l'immobilité du diaphragme ; des douleurs vives au niveau du rebord des fausses côtes et au-dessus de la clavicule, c'est-à-dire sur le trajet du nerf phrénique.

— Il est indispensable, lorsqu'on a constaté l'existence d'une pleurésie, d'examiner l'état du poumon sous la clavicule, les résultats de cet examen ayant une très grande valeur sémiologique. Si le poumon est légèrement comprimé et refoulé, les

1. Plus rarement encore un souffle bruyant et presque caverneux. Pour plus de détails, voyez mon *Manuel de pathologie interne*, 4^e édit., p. 128.

vibrations sont exagérées, la sonorité est tympanique, la respiration forte et supplémentaire : c'est ce que Grancher représente par les signes : $V + P + A +$. S'il existe en même temps des râles pulmonaires, on admet une congestion (plus souvent tuberculeuse) et on a le schéma $V + P + A -$. Enfin, dans les cas de compression bronchique ou d'œdème pulmonaire, les vibrations sont moins intenses et la respiration diminuée ou mêlée de râles : $V - P + A -$. Dans les grands épanchements, il y a augmentation des vibrations avec matité, diminution de la respiration : $V + P + A -$. Tels sont les quatre schémas proposés par Grancher.

— Signalons la pleurésie biliaire et la pleurésie appendiculaire, qui succèdent, la première à l'infection biliaire dans toutes ses modalités, l'autre à la toxi-infection de l'appendicite.

— Mentionnons les pleurésies ozéneuses (fétides, putrides, gangreneuses) qui se traduisent par l'odeur du liquide que la ponction ramène, et qui contiennent généralement des microbes anaérobies.

NATURE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX. — Il ne suffit pas d'avoir constaté l'existence d'un épanchement pleural, il faut encore rechercher sa nature, si l'on veut posséder un diagnostic complet qui puisse servir de base au pronostic et au traitement.

Il existe pour cela de multiples procédés, d'une valeur très inégale et d'une application plus ou moins facile et que nous résumons dans l'ordre suivant, après avoir rappelé, pour mémoire, l'étude des échanges respiratoires déjà exposée plus haut (p. 308), et celle des échanges urinaires exposée p. 165.

Examen cytologique. — L'un des moyens les plus pratiques est de faire l'examen cytologique du liquide extrait. Pour cela, on recueillera aseptiquement, avec une seringue aspiratrice, quelques centimètres cubes de l'épanchement, qu'on défibrinera avant ou après coagulation ; on centrifugera ensuite, et l'on fera des préparations à la thionine, à l'éosine-hématéine, au triacide d'Erlich, après avoir étalé sur lames

l'émulsion (v. p. 23), par mouvements circulaires avec le fil de platine (et non avec une lame rodée comme pour le sang); dont on interprétera les résultats par leur comparaison avec les formules leucocytaires déjà établies et qui sont les suivantes : = Lymphocytes nombreux, mêlés à des globules rouges, relativement abondants, lorsqu'il s'agit d'une *pleurésie tuberculeuse primitive*; — polynucléaires en grand nombre, avec quelques lymphocytes et quelques éléments uninucléés isolés, lorsqu'il s'agit d'une *pleurésie tuberculeuse secondaire* ou d'un *hydropneumothorax tuberculeux* au début; plus tard, éléments vacuolaires et granuleux en petit nombre et composés de globules rouges peu nombreux, d'amas lymphocitiques altérés, et surtout de polynucléaires vieillis, à noyau très divisé, à granulations neutrophiles très altérées; = dans la *pleurésie rhumatismale*, le dépôt centrifugé ne contient guère que des cellules endothéliales pleurales, isolées ou agglomérées en larges placards, avec quelques rares globules rouges et leucocytes (Renon). = dans les *pleurésies pneumococciques ou streptococciques*, la formule est presque exclusivement polynucléaire, avec addition, dans un assez grand nombre de cas, de grosses cellules jouant le rôle de macrophages vis-à-vis des polynucléaires altérés, et plus rarement de cellules endothéliales altérées; = Dans la *pleurésie éberthienne*, la formule est comparable à celle du sang typhique (voir p. 43), avec quelques cellules endothéliales et des globules rouges en plus, lorsque l'épanchement est hémorrhagique; lorsqu'il est séreux, elle est tantôt constituée par une prédominance de lymphocytes et de cellules épithéliales, tantôt représentée par une grande abondance de gros mononucléaires et de polynucléaires éosinophiles; = dans les *épanchements pleuraux aseptiques des cardiaques ou des brightiques*, qu'ils soient d'origine mécanique, congestive ou toxique, on rencontre comme éléments prédominants des cellules endothéliales (groupées, soit 2 à 2, avec étranglement à leur point d'union, soit en placard de 8 à 10 cellules, sous forme de masses polynucléées, à contour polycyclique), et, comme éléments accessoires, des globules rouges, des lymphocytes; toutefois, il suffit que, dans le cours de ces épanchements

surviennent des épisodes aigus, congestion pulmonaire, embolie, infarctus pulmonaire (n'eussent-ils aucun caractère infectieux) pour que les polynucléaires apparaissent et deviennent prédominants (Barjon et Cade, Achard et Laubry); = dans les *hémothorax* la formule est la même que celle du sang; toutefois les polynucléaires diminuent et doivent disparaître vers le 23^e jour si le liquide est en voie de résorption, tandis qu'ils augmentent s'il est en voie de suppuration; = dans les pleurésies cancéreuses on peut trouver des cellules spécifiques; de plus, lorsque la pleurésie cancéreuse est hémorrhagique, on observe l'hématolyse des hématies contenues dans l'épanchement (L. Bard).

Étude bactériologique. — La recherche directe du bacille de Koch dans l'épanchement est moins illusoire depuis qu'on dissout préalablement la fibrine, soit par la digestion artificielle (Jousset), soit par la lessive de soude (Bezançon, Griffon et Philibert). On peut aussi tenter la culture en se servant du sang gélosé et glycérolé, préconisé par Bezançon et Griffon et qui représente un milieu de culture extrêmement favorable au bacille de Koch; néanmoins ce procédé, malgré sa valeur absolue lorsque le résultat est positif, ne résout pas d'une façon assez constante le problème, pour qu'on puisse s'en rapporter à lui lorsque le résultat est négatif.

Inoculation. — Lorsqu'on conserve du doute sur la nature tuberculeuse d'un épanchement, on peut injecter une certaine quantité du liquide extrait aseptiquement par la ponction, dans le péritoine du cochon d'Inde; au bout de quelques semaines son autopsie démontrera s'il est devenu tuberculeux ou non: dans le premier cas, la démonstration est faite de la nature tuberculeuse de l'épanchement; dans le second cas, il n'est pas absolument certain que la pleurésie n'est pas tuberculeuse, car tous les expérimentateurs ont signalé qu'une pleurésie manifestement tuberculeuse peut donner des résultats négatifs après injection de liquide pleural.

Le *séro-diagnostic* a été appliqué au diagnostic des pleurésies tuberculeuses par Courmont qui a vu qu'on peut obtenir