

cobaye est suivie (10<sup>e</sup> jour) de l'apparition d'un chancre tuberculeux, puis (12<sup>e</sup> ou 15<sup>e</sup> jour) d'un bubon tuberculeux, et enfin (25<sup>e</sup> jour) de tubercules dans la rate et le foie.

*d. Pleurésie gangreneuse.* — Fluide, séro-purulent, le liquide est gris brun, parfois chocolat mêlé de gaz fétides; il contient des germes pyogènes et saprogènes et surtout des anaérobies.

*Épanchements chyliformes.* — Très rares, ces liquides, d'aspect blanc laiteux ou jaunâtre, contenant souvent en suspension des paillettes de cholestérine, se divisent par le repos en une couche inférieure limpide, et une supérieure crémeuse. L'éther, en dissolvant la graisse, éclaircit le liquide. Le microscope y montre des granulations grasses, isolées ou en amas et de rares leucocytes.

## II. — PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

**I. Pleurésie tuberculeuse primitive.** — Épanchements séro-fibrineux. **Début.** — Le début est variable, tantôt brusque, marqué par un point de côté avec frissonnements et fièvre, tantôt trainant, signalé par du malaise et une douleur vague; quelquefois masqué par des signes d'angine, de bronchite, d'embarras gastrique, puis l'épanchement apparaît.

*Signes fonctionnels.* — Avant ou après le point de côté, se produisent, pendant 1 heure ou 2, 2 ou 3 jours parfois, des frissonnements.

Le point de côté, qui manque rarement, suit immédiatement le frisson ou le précède; le plus souvent sous-mammaire du côté de la pleurésie, plus rarement sous-claviculaire, axillaire, il peut aussi occuper l'hypocondre, les deux côtés, ou même le seul côté sain. C'est une douleur pongitive, constrictive ou lancinante, parfois mobile, exaspérée par: la toux, l'inspiration, le mouvement, la pression, la percussion et le décubitus de son côté; atténuée en général par les progrès de l'épanchement.

Inconstante, la toux est tantôt précoce, tantôt contemporaine de l'épanchement; elle est brève, sèche, quinteuse, parfois réveillée par la parole, les grandes inspirations, les changements de position.

L'expectoration fait habituellement défaut, à moins de bronchite (crachats muco-purulents) ou de congestion concomitantes (crachats gommeux).

La dyspnée, presque constante, est tantôt insensible, tantôt gênante, parfois intense, durant toute la maladie, ou seulement, les premiers jours. La respiration deviendrait surtout diaphragmatique dans les pleurésies costo-pulmonaires, costale supérieure, dans les pleurésies diaphragmatiques (Andral), ou bien, tendrait toujours vers le type costal supérieur (Pitres).

La rapidité de l'exsudation, la bronchite, la congestion associées accroissent la dyspnée qui, au début, dépend surtout de la douleur et de la fièvre.

La fièvre, constante au début, ne se montre que le soir (38<sup>o</sup>,5 ou 39<sup>o</sup>) les 3 ou 4 premiers jours; puis oscille, du matin au soir, entre 38<sup>o</sup> et 39<sup>o</sup>,5, rarement 40<sup>o</sup>. Sa durée moyenne est de 2 à 3 semaines; elle peut se réduire

à 8 ou 10 jours, ou atteindre 6 à 10 semaines (par transformation purulente ou tuberculisation du poumon).

La température locale du côté malade (Peter) dépasse la normale de 0<sup>o</sup>,5 à 4<sup>o</sup> et celle du côté sain de 0<sup>o</sup>,5 à 1<sup>o</sup>,5.

Le pouls, en rapport plus avec la dyspnée qu'avec la fièvre, bat 150 à 140.

Les urines d'abord rares, fébriles, légèrement albumineuses, deviennent, quand l'épanchement se résorbe (polyurie critique), abondantes et riches en chlorures. La langue saburrale, la soif vive indiquent un léger état gastrique, habituel.

*Signes physiques.* — **Vue.** — Le facies est plutôt pâle. Au début, le sujet évite de se coucher sur le côté malade, siège de la douleur, ou se place sur le dos, un peu incliné du côté de la pleurésie pour l'immobiliser (décubitus diagonal d'Andral); c'est sur ce dernier qu'il se couche quand l'épanchement l'a envahi pour laisser le côté sain respirer librement.

Quand le malade, vu de face, respire largement, on constate l'immobilité complète ou relative de la moitié atteinte du thorax, motivée d'abord par le point de côté, ensuite par la parésie des muscles et la présence du liquide.

*Ampliation, déformation thoracique.* — Le côté malade semble dilaté, surtout en avant; cette voussure peut être appréciable à la mensuration (Woillez). L'ensemble du thorax prend la forme oblique ovalaire (Peyrot), les côtes du côté malade se portant en avant, tandis que celles de l'autre sont en retrait; le sternum s'inclinant en même temps du côté malade, comme le montre le signe du Cordeau de Pitres (angle aigu formé par l'axe du sternum, avec un cordon tendu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne).

L'ampliation thoracique peut être appréciée: soit par la palpation bimanuelle comparée des deux côtés du thorax (amplexation thoracique), soit mieux par la mensuration au ruban métrique ou au cyrtomètre, pratiquée horizontalement de chaque côté, au niveau de l'appendice xiphoïde. On constate ainsi, du côté atteint, 5 à 6 centimètres de plus que du côté sain. On tiendra compte des 2 ou 3 centimètres, que, normalement, le côté droit offre en plus que le gauche.

**Palpation.** — Elle permet, en posant la main alternativement et symétriquement sur le côté sain et le côté malade, principalement dans la région axillaire, de constater, pendant que le malade compte à voix haute, la diminution ou l'abolition des vibrations thoraciques, signe mieux appréciable chez les sujets maigres à voix grave.

Les vibrations, diminuées ou abolies au niveau de l'épanchement, suivant son abondance, reparassent brusquement au delà de la limite supérieure du liquide, parfois même exagérées. Quand des adhérences unissent le poumon à la paroi thoracique, les vibrations subsistent à leur niveau. A mesure que l'exsudat se résorbe, les vibrations reparassent, à moins de fausses membranes épaisses.

L'œdème de la paroi thoracique peut compliquer un épanchement séro-fibrineux; mais il est rare, moins étendu, moins marqué que dans la pleurésie purulente, quoique plus douloureux.

**Percussion.** — Le thorax peut offrir, au début, une sonorité tympanique, mais, dès que la nappe liquide a atteint une épaisseur de 2 à 3 centimètres, la matité devient appréciable, d'abord à l'état de *submatité*, puis de *matité hydrique absolue* avec perte d'élasticité sous le doigt. Complète à la base, la matité est, à la limite supérieure de l'épanchement, remplacée peu à peu par la sonorité normale.

Damoiseau a montré que la limite supérieure de la matité formait une courbe parabolique répondant, par son sommet et son grand axe, au bord supérieur de l'aisselle (voy. *Généralités*); cette ligne devient horizontale quand l'épanchement dépasse le niveau du mamelon de deux ou trois travers de doigt.

La ligne de matité varie avec les attitudes du malade (*dénivellement*) comme on le constate en percutant successivement dans les positions debout et couchée (Pitres). Tous les exsudats séro-fibrineux, après avoir commencé par être mobiles (déplacement d'un espace intercostal au plus), deviennent fixes au bout de 8 jours (Potain); du reste, les changements de niveau de la matité sont encore discutés ou regardés comme étrangers à la mobilité du liquide (variations dans la répartition de l'air dans le poumon, refoulement du diaphragme).

Au-dessus de la matité, la sonorité est normale en arrière et exagérée sous la clavicule (*bruit skodique*), ou elle prend parfois le timbre de *pot fêlé*. La sonorité antérieure descendant jusqu'à la quatrième côte, au plus, est très réduite ou même effacée par les grands épanchements, quoiqu'un léger son pulmonaire subsiste toujours dans l'angle sterno-claviculaire.

A droite, la matité hydrique se continue en bas avec celle du foie; à gauche, elle est limitée en bas par l'espace sonore semi-lunaire de Traube (voy. *Généralités*) qui répond au sinus pleural costo-diaphragmatique, en un point où il recouvre l'estomac et le colon. Les épanchements qui envahissent le sinus costo-diaphragmatique antérieur, effacent le tympanisme de l'espace de Traube. Des adhérences phréno-costales peuvent, il est vrai, avoir le même effet. Par contre, il arrive aussi que des adhérences, en enkystant l'épanchement, ménagent la sonorité de l'espace. D'autre part, des épanchements moyens ou abondants de la plèvre droite pourraient aussi effacer l'espace de Traube.

**Auscultation.** — Le *frottement* à l'état, soit de frôlement léger neigeux, soit de bruit saccadé sec (*cuir neuf*) ou de faux râle crépitant, s'entend au début et au déclin (plus gros alors) de la pleurésie, aux deux temps de la respiration, sur la ligne axillaire postérieure surtout; il peut être perceptible au palper, mais n'est en rien modifié par la toux ni l'expectoration.

L'*affaiblissement du murmure vésiculaire*, proportionnel à la masse de liquide épanché, croît de haut en bas et peut aller jusqu'au silence absolu. Des fausses membranes éteignent longtemps parfois le bruit respiratoire, après résorption de l'épanchement.

Cinq fois sur huit, on entend un *souffle*. Un épanchement encore modéré (2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> jour) donne, à sa limite supérieure, un *souffle expiratoire en é* doux, voilé, lointain, associé à de l'égophonie. Plus abondant, l'épanchement donne, aux deux temps de la respiration ou à un seul, un *souffle à timbre tubaire*

perceptible en arrière, entre le rachis et l'omoplate, associé à de la broncho-égophonie. Quand l'épanchement est considérable, le *souffle* devient *caverneux* ou amphorique, perceptible seulement dans l'espace scapulo-vertébral, mêlé parfois à des gargouillements ou râles de bronchite renforcés, qui, avec lui, constituent les *signes*, dits *pseudo-cavitaires*. Quand l'épanchement efface, par *compression*, jusqu'aux grosses bronches, le *silence respiratoire* est partout absolu. En tout cas, le souffle pleurétique n'existe souvent qu'au début de la maladie.

La parole à haute voix, pour certains mots surtout (*oui*), arrive, à l'oreille qui ausculte (entre l'omoplate et le rachis ou au niveau du sein), saccadée ou chevrotante (*égophonie*), ou bien criarde, nasillarde (*voix de polichinelle*, de *mirliton*), quand le liquide est abondant ou le poumon congestionné; quelquefois, en même temps, retentissante (*broncho-égophonie*). L'égophonie, signe d'épanchement moyen ou en nappe, coïncide généralement avec le souffle, surtout nette dans les premiers jours, s'éteignant avec les progrès de l'épanchement pour reparaitre quand il baisse ou même s'il a disparu. L'égophonie, il est vrai, a été notée dans la *spléno-pneumonie*.

La voix chuchotée arrive distincte à l'oreille qui ausculte (*pectoriloquie aphone*), surtout à la base du thorax. Ce signe serait plus rare dans les pleurésies hémorragique et purulente, sans que son absence y soit caractéristique; on l'a même noté, du côté sain, dans la pneumonie, la spléno-pneumonie, les cavernes pulmonaires.

L'*auscultation du côté opposé* fait entendre souvent une respiration forte, supplémentaire, dite *puérile*, et en outre, parfois, des râles de bronchite ou de congestion. On ne prendra pas pour la respiration normale la respiration puérile transmise au côté malade, plus faible à mesure que l'on s'écarte de la colonne vertébrale.

**Stéthographie bilatérale.** — L'enregistrement graphique simultané des mouvements respiratoires des deux côtés montre qu'ils sont accélérés et subissent, du côté malade, une réduction proportionnelle à l'abondance du liquide. Les mouvements du cœur déplacé sont quelquefois enregistrés à droite, en cas de pleurésie gauche.

**Déplacement des organes voisins.** — Ils permettent d'évaluer la quantité du liquide. La pleurésie gauche refoule le cœur à droite, reportant les battements de la pointe vers l'épigastre, reculant les limites de la matité car-

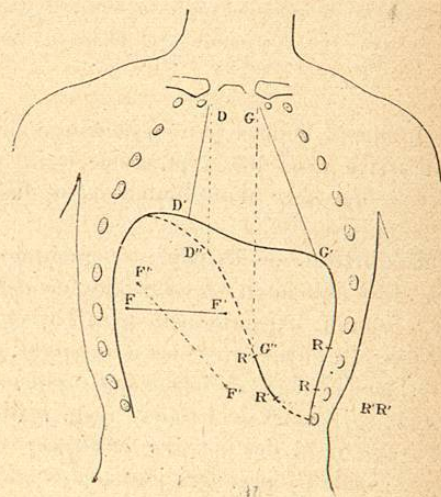


FIG. 137. — Déplacement des organes par un épanchement pleural gauche artificiel de 5 litres. (D'après G. Carrière, de Lille.)

DD', feuillet droit du péricarde. — D'D'', le même déplacé. — GG', feuillet gauche du péricarde. — G'G'', le même déplacé. — FF', foie normal. — F'F'', foie déplacé. — RR, rate normale. — R'R', rate déplacée.

diague absolue, au delà du bord droit du sternum, et rendant parfois perceptibles à droite du sternum] les battements de l'oreillette droite. Les pleurésies droites refoulent aussi le cœur à gauche, mais relativement moins,

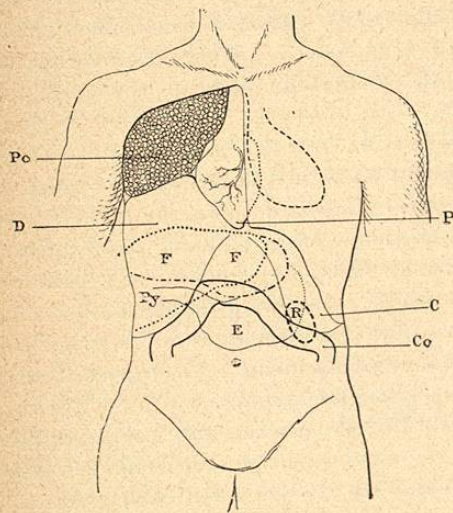


FIG. 138. — Déplacement des organes par un épanchement artificiel gauche de 7 litres. (D'après G. Carrière, de Lille.)

Po, poumon. — D, diaphragme. — P, pointe du cœur.  
— FF, foie. — E, estomac. — Py, pylore. — R, rate.  
— Co, colon.

La rate se déplace peu ou dans une mesure inappréciable.

Il arrive aussi que la pleurésie irrite ou comprime les *plexus nerveux* de la base du cœur (d'où dilatation pupillaire).

**Évolution.** — **Durée.** — Quoique l'évolution soit variable, on distingue, théoriquement, les périodes de *début* (brusque ou non), de *sècheresse* (2 à 5 jours, exceptionnellement 15) et d'*épanchement*, cette dernière subdivisée elle-même en stades d'*augment*, d'*état* et de *résolution*.

L'épanchement se forme soit rapidement, en 5 à 5 jours, soit progressivement en 15 jours ou 1 mois; reste stationnaire 5 à 5 jours, puis décroît. De la *polyurie* et des *sueurs critiques* annoncent quelquefois la résolution, assez rapide les premiers jours, plus lente ou même stationnaire ensuite. Par degrés reparissent la sonorité, les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire, d'abord sous la clavicule, puis en arrière et de haut en bas; on entend en même temps (sur la ligne axillaire postérieure) des frottements de retour; le cœur reprend peu à peu sa place, tandis que la paroi thoracique subit un retrait graduel (définitif chez l'adulte); néanmoins, la persistance de fausses membranes peut entretenir longtemps la submatité. Simultanément, la fièvre tombe et l'état général se relève. Quoique la guérison soit habituelle, la mort ou le passage à l'état chronique sont possibles.

**Guérison.** — Elle est complète (retour intégral de la respiration) ou

rejetant la pointe à 2 ou 3 travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire.

Les grandes pleurésies gauches, en comprimant l'oreillette gauche, entraînent l'ectasie du cœur droit; les grandes pleurésies droites, en comprimant l'oreillette droite et la veine cave inférieure, gênent l'accès du sang dans le cœur et exposent à la mort subite.

Le *pouls* devient quelquefois arythmique, dicrote ou polycrote, surtout quand le malade change d'attitude.

Le *foie* peut déborder les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, en cas de pleurésie droite; mais le fait peut tenir non seulement à l'abaissement, mais à l'hypertrophie ou à la congestion de l'organe.

incomplète (ampliation imparfaite du côté malade), comme peut le constater la *stéthographie bilatérale*.

**État chronique.** — Le défaut de résolution après 28 ou 50 jours indique la chronicité; la fièvre ne se montre plus que le soir, ou à certaines occasions (écart de régime, fatigue); l'appétit renaît, mais de l'oppression, de la tachycardie, de l'asthénie, des troubles digestifs persistent. La guérison peut pourtant encore se produire après un délai de plusieurs mois, à 2 ans.

**Transformation purulente.** — Ailleurs, malgré l'amélioration de l'état général, l'épanchement devient purulent.

**Mort.** — La tuberculose pleurale primitive cause rarement la mort. L'abondance, la bilatéralité de l'épanchement, une congestion pulmonaire intense associée, peuvent tuer en 1 ou 2 jours, par *asphyxie* ou *collapsus*.

La *granulie* peut avoir le même effet. Plus rarement, un caillot, détaché des veines pulmonaires ou du cœur gauche, tue par *embolie cérébrale*.

La *mort subite* s'observe également (dyspnée soudaine et intense, avec anxiété épigastrique, pouls filiforme, puis syncope) du 20<sup>e</sup> au 45<sup>e</sup> jour, sous des influences variables: 1<sup>o</sup> *thrombose du cœur droit* (annoncée parfois par l'œdème rapide de la face, du cou, du thorax, avec pouls petit et irrégulier) suivie d'*embolie de l'artère pulmonaire*; 2<sup>o</sup> *syncope* d'origine discutée (torsion des gros vaisseaux de la base du cœur pour Chomel et Trousseau; occlusion de la veine cave inférieure, pour Bartels; stéatose du myocarde, pour M. Raynaud; compression de l'oreillette droite par un gros épanchement droit, pour Garland; péricardite).

**Complications.** — **Péricardite.** — Elle est tantôt tuberculeuse comme a pleurésie; tantôt d'origine mécanique (par stase).

La bronchite est rare et bénigne.

**Congestion pulmonaire.** — Elle est commune, soit du côté de la plèvre saine (dyspnée vive), soit du côté de la pleurésie; en ce cas, le poumon, plongeant dans le liquide, en élève le niveau avec celui de la matité (Potain et Serrand); une zone inférieure, mate, avec abolition des vibrations thoraciques et broncho-égophonie, est surmontée d'une bande submate avec vibrations diminuées, souffle, brochophonie, et parfois, râles fins. La dyspnée intense, l'expectoration gommeuse caractéristique éclairent le diagnostic.

Il arrive aussi que le poumon congestionné, attiré par son poids vers la paroi thoracique postérieure, refoule le liquide en avant; puis que, se décongestionnant, il se reporte vers la paroi antérieure, laissant le liquide reprendre place dans le cul-de-sac postérieur; c'est l'*épanchement à bascule* de Brodier.

La *congestion du sommet*, d'origine généralement tuberculeuse, crée des signes bien schématisés par Grancher.

Le *sommet* est-il *intact*, on a :

Sonorité . . . . .	(S) +
Vibrations . . . . .	(V) +
Respiration . . . . .	(R) +
Résonance vocale . . . . .	+

Est-il *congestionné*, on a :

Sonorité . . . . .	(S) —
Vibrations . . . . .	(V) —
Respiration . . . . .	(R) —

Le *sommet* et les *grosses bronches* sont-ils seulement *comprimés* par un grand épanchement, on a :

Sonorité . . . . .	(S) +
Vibrations . . . . .	(V) —
Respiration . . . . .	(R) —

**Abcès péri-pleurétiques.** — Ayant pour origine une lymphangite ou une adénite tuberculeuse (*Leplat-Souligoux*) ces collections purulentes sont des abcès froids à deux poches, l'une *sus-costale*, l'autre *sous-costale*, communiquant entre elles, mais non avec la plèvre.

**Troubles nerveux.** — La pleurésie peut éveiller des *accidents hystériques* : hyperesthésie thoracique, anesthésie de l'un ou des deux membres; quelque-

fois anesthésie sensorielle du côté de la pleurésie (hystérie pleurale de Jansselme); parfois aussi monoplégie du membre supérieur, du côté de la pleurésie; paralysie des membres supérieurs ou paraplégie; accidents tantôt spontanés (par hypertension intrapleurale), tantôt consécutifs à la thoracentèse.

**Complications consécutives.** —

La pleurésie, surtout si elle a été longue, laisse des *séquelles*.

**Rétraction thoracique.** — Le côté atteint s'affaisse; la face axillaire devient concave, l'épaule et le mamelon s'abaissent; la colonne dorsale forme une courbe concave du côté malade, dont le périmètre est réduit de 5 à 4 centimètres (comparé à l'autre côté). Le côté rétracté peut être presque complètement immobile. La déformation tient au retrait du poumon et des néomembranes, et à l'atrophie des muscles de la paroi, surtout du grand pectoral. Elle suit aussitôt la résorption du liquide ou est plus tardive. Elle peut s'atténuer lentement chez les jeunes sujets, mais est plus souvent définitive.

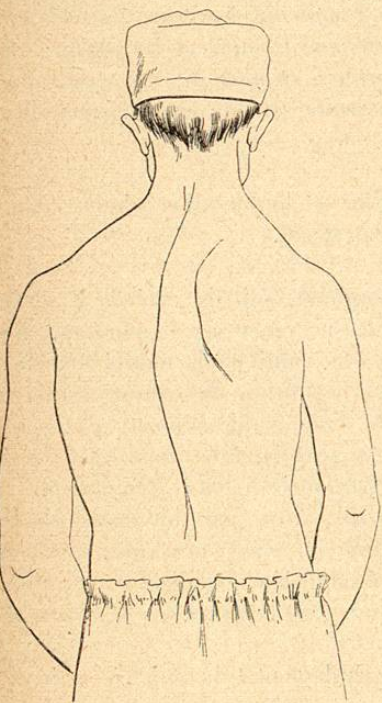


FIG. 159. — Rétraction thoracique consécutive à une pleurésie droite (figure schématique montrant l'incurvation du rachis concave du côté malade).

La *persistance d'adhérences épaisses* peut, durant des mois et des années,

se reconnaître à celle de la matité et du silence respiratoire, et à des douleurs rebelles.

La *tuberculose pulmonaire* suit fréquemment, à une échéance variable, la pleurésie tuberculeuse primitive; l'épanchement met pourtant obstacle à son développement, et l'évacuation trop rapide ou trop précoce du liquide peut déchaîner la *granulie*, ou seulement provoquer de l'hyperthermie (Le Damany).

**Épanchement hémorragique.** — La tuberculose pleurale peut se traduire par un épanchement hémorragique qui, cliniquement, évolue à peu près comme les épanchements séro-fibrineux. Le liquide peut être rouge et franchement sanglant (*hématome pleural*), cédant alors à une ou deux ponctions; d'autres fois, plus clair, séro-hémorragique ou brunâtre, il laisse déposer de nombreux leucocytes; en ce cas il reparait assez vite après ponction, redevient séro-fibrineux s'il doit se résorber, ou sinon, tourne à la purulence. La pleurésie hémorragique tuberculeuse guérit, mais est parfois suivie, à plus ou moins longue échéance, de tuberculose pulmonaire.

**Épanchement purulent.** — **Début.** — La *pleurésie purulente tuberculeuse*, ou abcès froid pleural, est chronique d'emblée, et reste telle; elle est, soit primitive, soit secondaire à la pleurésie séro-fibrineuse. Dans ce dernier cas, une première ponction amène un liquide transparent ou un peu teinté de sang, riche en fibrine et en hématies (plus de 5000 par millimètre cube), *histologiquement hémorragique* (Dieulafoy); plusieurs ponctions s'imposent, à des intervalles variables (1 à 5 mois, 1 an), chacune donnant un liquide plus louche, à dépôt plus abondant que la précédente, jusqu'à purulence franche; ce liquide, habituellement inodore, est pourtant quelquefois fétide; cependant, les troubles généraux et fonctionnels ont disparu, l'appétit et les forces sont revenus. Quand le début est primitif et latent, un épanchement considérable peut être découvert au cours d'un examen fortuit exigé par un motif quelconque. Le début, déjà ancien, n'a été marqué que par une oppression insignifiante, ou est passé inaperçu.

**État.** — A la période d'état, un épanchement parfois considérable (9 litres dans un cas) est compatible avec l'intégrité des forces et de l'embonpoint, l'apyrexie et un minimum d'oppression ne se révélant qu'à l'occasion d'un effort ou d'une course. Les signes physiques sont classiques. A certains moments, la pression intra-thoracique et le refoulement du médiastin nécessitent une ponction, suivie d'un grand soulagement qui persiste des semaines, des mois ou des années.

L'abcès froid du poumon reste une tuberculose locale qui n'occasionne qu'une gêne mécanique. La fièvre hectique n'apparaît que si la tuberculose envahit les poumons, ou si les agents pyogènes infectent secondairement le liquide (par ponction septique).

**Terminaisons.** — La guérison est exceptionnelle, mais possible, grâce à des adhérences épaisses infiltrées de sels calcaires. Les malades succombent à la généralisation tuberculeuse ou à une maladie intercurrente.

**Complications.** — Les deux principales sont : l'*hydro-pneumothorax* et l'*empyème pulsatile*.

Assez fréquent, l'*hydro-pneumothorax* succède à la rupture spontanée d'un tubercule à la surface du poumon ; il se révèle par ses signes habituels, et ne s'accompagne pas de vomique. L'air extérieur envahit la plèvre, soit après une thoracentèse, par abaissement de niveau du liquide qui aveuglait la perforation, soit grâce à un effort du malade.

L'*empyème pulsatile* (Comby, Bouveret, Dieulafoy) peut compliquer toute pleurésie purulente, mais spécialement l'abcès froid de la grande cavité pleurale, avec épanchement abondant. Accompagné d'un pneumothorax à début insidieux ou bruyant, il est tantôt *intra-pleural* (habituel), tantôt *extra-pleural* ou de *nécessité*.

L'*empyème pulsatile intra-pleural* résulte en général d'une pleurésie gauche ancienne, à grand épanchement, souvent associée à un pneumothorax, rarement enkystée. La *palpation*, soit en un point limité, en arrière et en bas, soit sur tout le côté gauche du thorax, fait sentir des impulsions saccadées, synchrones aux battements du cœur, parfois sensibles à la vue, et qui disparaissent après ponction.

L'*empyème pulsatile extra-pleural* consiste en une tumeur sous-cutanée, fluctuante, arrondie, grosse comme une noix ou une orange, quelquefois réductible, siégeant d'habitude à gauche du sternum (2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> espaces), parfois à la région dorsale ou lombaire, et animée de battements ou de mouvements d'expansion synchrones à ceux du cœur. Cette tumeur communique avec la grande cavité pleurale.

Longtemps stationnaires, ces empyèmes se terminent par vomique. On doit les distinguer : des *anévrismes de l'aorte* (frémissement, souffle), d'un *abcès intercostal* d'origine osseuse, *soulevé par les battements cardiaques* (délicat). Quoique grave, l'empyème pulsatile peut guérir. Sa pathogénie est encore discutée.

## II. Pleurésies tuberculeuses secondaires et accompagnées.

— Les pleurésies secondaires forment plusieurs catégories :

- 1<sup>o</sup> *Pleurésies symptomatiques de la granulie* ;
- 2<sup>o</sup> *Pleurésies, sèches ou exsudatives, secondaires à la phtisie chronique* ;
- 3<sup>o</sup> *Pleurésies associées à la tuberculose d'autres séreuses ou de viscères voisins*.

I. Au cours de la *granulie*, la pleurésie n'est souvent qu'un élément accessoire, sans signes cliniques ; mais il existe une *tuberculose aiguë à forme pleurale* qui débute, soit comme une infection générale, soit comme une pleurésie diaphragmatique ; quelquefois sèche, elle se traduit bien plus souvent par des épanchements doubles, peu abondants et mobiles, habituellement séro-fibrineux, parfois aussi séro-purulents ou hémorragiques. La fièvre irrégulière, la dyspnée extrême, l'amaigrissement rapide complètent le tableau. La mort résulte, le plus souvent, de l'extension de la granulie aux poumons ou de sa généralisation. Cependant, il peut arriver que le processus aigu s'arrête pour faire place à une tuberculose pleuro-pulmonaire chronique.

II. La *tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë* (Fernet et Boulland), forme moins grave, souvent primitive, débute insidieusement par des troubles intestinaux ou une ascite légère ; puis surviennent de la toux et un point de côté, motivés par un *épanchement pleural* léger, souvent double, séro-hémorragique, que peut compliquer une *péricardite*. Le plus souvent, ces accidents guérissent en 2 à 5 mois, mais ils peuvent reparaître à plusieurs reprises, séparés par des rémissions de plusieurs mois ou de 2 à 5 ans. Le malade finit par s'affaiblir et par mourir d'épuisement. Certaines formes toxiques avec état typhoïde et hydrophisies précoces tuent en 1 ou 2 mois.

III. La *tuberculose pleuro-pulmonaire subaiguë*, née de la tuberculisation simultanée de la plèvre et du poumon, débute comme une pleurésie aiguë associée à l'infiltration de l'un ou des deux sommets, dont les lésions continuent à évoluer, après disparition de l'épanchement.

IV. La *pleurésie sèche* est très commune au cours de la phtisie chronique. Aux sommets, elle se traduit par des douleurs, de la gêne respiratoire, une respiration obscure ou saccadée, des frottements, de la submatité et de la diminution des vibrations, l'exagération de l'incursion thoracique.

Dans l'*aisselle*, la pleurite provoque de la douleur et des frottements ; sur le *diaphragme*, elle reste latente ou donne des signes d'irritation du phrénique. Des adhérences peuvent relier le bord inférieur du poumon : au diaphragme et au péricarde en arrière ; à la plèvre costale en avant ; cette *symphyse phrénocostale* (Jaccoud) se révèle par : la dépression inspiratoire des espaces intercostaux inférieurs ; la traction des dernières côtes vers la ligne médiane et la disparition de l'espace sonore de Traube. Les *adhérences de la base du poumon* sont les plus gênantes pour la respiration. Les *adhérences de la plèvre médiastine*, généralement associées à la symphyse cardiaque (voy. ce mot), constituent avec elle la *médiastino-péricardite calleuse* de Kussmaul.

On connaît les déformations et les troubles respiratoires qu'entraînent les *symphyse pleurales généralisées* (voy. sclérose pulmonaire) ; certaines symphyse doubles enlacent dans une gangue fibreuse rétractile les poumons, le cœur et le péricarde, attirant même en haut le diaphragme, et avec lui le foie, la rate et l'estomac. Répondant à la *phtisie fibreuse*, ces cas se traduisent par : des douleurs thoraciques diffuses ; la diminution extrême de l'expansion thoracique ; la stase veineuse et la dilatation du cœur droit qui aboutissent finalement à l'*asystolie*.

V. La pleurésie est commune, au cours de la phtisie vulgaire ; souvent latente, elle simule ailleurs la pleurésie primitive, ou, si elle frappe la plèvre diaphragmatique, occasionne des accidents bruyants. L'association habituelle de ces épanchements à des poussées d'infiltration tuberculeuse, ou de congestion pulmonaire péri-tuberculeuse, en rend l'évaluation quantitative délicate. En général peu copieux, séreux, hémorragiques ou purulents, ils sont souvent enkystés ou cloisonnés. Ces pleurésies sont purement bacillaires, ou, moins souvent, liées à l'intervention secondaire d'agents septiques (streptocoque, pneumocoque, saprogènes, anaérobies), surtout en cas de purulence, et revêtant alors les caractères propres à leur nature bactériologique.