

pathogène fort effacé; de même dans les cas fréquents où il accompagne le bacille de Koch. La présence de celui-ci est même probable, toutes les fois, qu'à l'examen direct d'un épanchement, on ne rencontre que le staphylocoque.

**Pleurésies purulentes à bacilles d'Eberth.** — Ces pleurésies ont déjà été étudiées (p. 451).

**Pleurésies à coli-bacilles.** — Netter a observé, chez l'enfant, deux cas de pleurésies purulentes attribuables au coli-bacille. Hieger en a observé deux également (1897).

**Pleurésies à pneumo-bacilles.** — On connaît quelques exemples de pleurésies purulentes dues au pneumo-bacille de Friedländer, seul ou associé (bacille de Koch, staphylocoque). Ces exsudats, encore plus visqueux que ceux à pneumocoques, peuvent être légèrement fétides (odeur d'œuf pourri, dans un cas); ils succèdent à une broncho-pneumonie de même origine. L'épanchement est susceptible de s'enkyster et de guérir par vomique; parfois aussi, il devient la source d'une septicémie mortelle.

**Pleurésies à tétragènes.** — Quelques pleurésies purulentes ressortissent au *micrococcus tétragène* (Chauffard et Ramond, Castaigne, Faisans et Le Damany, Carrière). Tantôt le tétragène est isolé, tantôt il infecte une pleurésie tuberculeuse; plus souvent il est l'agent d'une septicémie mortelle, à localisation pleurale.

**Pleurésies enkystées.** — On appelle *enkystées* des pleurésies limitées à une portion de la grande cavité pleurale ou à un de ses diverticules (pleurésies interlobaire, médiastine, diaphragmatique). L'épanchement est circonscrit tantôt par des adhérences anciennes et préétablies, tantôt par des fausses membranes contemporaines de l'exsudat qu'elles concourent à limiter, la sécrétion fibrineuse constituant alors une réaction défensive opposée à la diffusion du foyer infectieux; ce processus, nul dans les pleurésies gangreneuses ou putrides, faible dans les épanchements séro-fibrineux, s'observe surtout dans les hématomes de la plèvre, et, au plus haut point, dans les pleurésies purulentes à pneumocoques et à bacille de Friedländer.

**Pleurésies interlobaires.** — Ces pleurésies transforment en une cavité réelle tout ou partie d'un espace interlobaire. Tantôt très abondant (1 litre), tantôt moyen (100 à 200 grammes), l'épanchement dérive en général, d'un foyer pneumonique développé dans un lobe adjacent, quelquefois assez limité pour passer inaperçu; la soudure intime des lobes peut donner l'aspect d'un abcès du poumon. Le début est marqué par un point de côté, de la toux et de la fièvre. Les signes physiques se réduisent : à une zone de matité, de râles souscrépitants et de souffle, dans la partie postérieure du thorax ou dans l'aisselle. Après une dizaine de jours, l'épanchement est constitué. Quand il est léger et central, il n'est dénoncé que par la vomique. Un épanchement abondant, atteignant la paroi thoracique, se traduit par une *bande étroite de matité*, encadrée par la sonorité pulmonaire (*matité suspendue*

de Dieulafoy) et occupant soit l'aisselle, soit la *région dorsale*, ou, plus rarement, la *partie antérieure du thorax* (partie de l'espace interlobaire atteignant la plèvre diaphragmatique). Les rapports normaux de la scissure interlobaire, très modifiés par l'épanchement ne peuvent guider dans la recherche de la bande de matité.

Une pleurésie interlobaire gauche peut refouler le cœur à droite. La dyspnée est intense et précoce. Les auteurs, Dieulafoy surtout, ont insisté sur la possibilité d'*hémoptysies*, quelquefois abondantes et répétées, survenant avant, pendant ou après la vomique. La *vomique* est en effet le meilleur signe révélateur de la pleurésie interlobaire, parfois le seul. Le *diagnostic* est, à vrai dire, toujours difficile et n'est guère fixé que par la ponction exploratrice, pratiquée avec une aiguille de moyen calibre, assez longue, soit sur le trajet probable de la scissure interlobaire, soit dans la bande de matité. La *radioscopie* fournit aussi, parfois, de précieux renseignements, en montrant sur le champ pulmonaire clair, une bande d'ombre, caractérisée par sa position, sa direction et les changements de formes qu'elle subit, suivant qu'on l'examine en avant ou en arrière.

**Pleurésies médiastines.** — Ces pleurésies se développent entre la face interne de l'un des poumons et les organes du médiastin; qu'elles siègent à droite ou à gauche, elles prédominent sur le médiastin soit antérieur soit postérieur, tantôt supérieures, tantôt inférieures. Elles sont purement médiastines ou participent à un épanchement de la grande cavité pleurale. La pleurésie du médiastin postérieur, la plus commune, comprime les organes de la région; la pleurésie médiastine antérieure gauche simule un grand épanchement péricardique.

**Pleurésie médiastine postérieure.** — Le début est marqué par des troubles généraux et des accidents pulmonaires vagues. Une fois l'épanchement collecté, apparaissent des signes de compression de la trachée (dyspnée continue ou paroxystique, cornage, tirage), de l'œsophage (dysphagie), de la veine azygos (stase veineuse, circulation collatérale apparente à la surface du thorax), du pneumogastrique (toux coqueluchoïde) et du récurrent (raucité de la voix, dysphonie).

La pression sur les premières vertèbres dorsales et les gouttières costo-vertébrales correspondantes du côté de l'épanchement, éveille de la douleur; on constate de la matité dans la même région qui est le foyer maximum d'un bruit de cornage, entouré de râles sonores. Une vomique, généralement minime, fétide, confirme, ou établit, le diagnostic, après quelques semaines. La *radioscopie* indique en effet une tumeur du médiastin (élargissement de l'ombre médiane), mais sans en préciser la nature, et la ponction exploratrice n'est pas applicable à des épanchements si profonds. La pleurésie médiastine ressortit, presque toujours, au pneumocoque.

**Pleurésie médiastine antérieure.** — Elle est plus rare; Grancher en a vu deux cas (séro-fibrineux) à gauche. Le refoulement considérable du cœur, la matité étendue, la dyspnée extrême simulent un grand épanchement, mais l'ampliation thoracique manque. Ailleurs, une voussure mate occupant la

région précordiale pourrait faire croire à un gros épanchement péricardique, mais le cœur, seulement dévié, conserve tout l'éclat de ses bruits.

**Pleurésie diaphragmatique.** — Presque toujours secondaire, elle dérive généralement soit d'une lésion de la base du poumon (congestion, pneumonie, tuberculose), soit d'une affection abdominale (péritonite, cancer de l'estomac, du foie, de la rate). Rarement primitive, elle est, en ce cas, d'origine tuberculeuse.

L'épanchement, quand il existe, est soit séro-fibrineux et souvent associé à une pleurésie de la grande cavité, soit hémorragique, soit plus souvent purulent. Le diaphragme peut être perforé.

**Signes.** — L'intensité du point de côté et de la dyspnée, l'immobilité du diaphragme et l'abaissement de la 12<sup>e</sup> côte, du côté malade, indiquent la participation de la plèvre diaphragmatique à un épanchement de la grande cavité.

La pleurésie diaphragmatique isolée comporte plus de signes généraux ou réflexes que de signes locaux. Très douloureux, exaspéré par la toux, la respiration, les vomissements, le *point de côté* occupe l'hypocondre, le flanc ou le bas du dos, irradiant vers l'épigastre et l'épaule. La *pression du nerf phrénique* éveille de vives douleurs, en des points précisés par Guéneau de Mussy : 1<sup>o</sup> entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien ; 2<sup>o</sup> à la partie antéro-interne des premiers espaces intercostaux ; 3<sup>o</sup> à l'union du bord sternal et de la partie osseuse de la 10<sup>e</sup> côte prolongés ; 4<sup>o</sup> à la base du thorax, au niveau des insertions costales du diaphragme ; 5<sup>o</sup> sur les apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales. André Jousset a signalé un *point médiosternal* au droit de la quatrième côte. Ces signes témoignent de l'*irritation du nerf phrénique*. Le *facies* est anxieux, parfois grippé, penché en avant, la main sur le côté malade ; le sujet, en proie à une dyspnée extrême, la respiration haletante (costale supérieure) évite tout mouvement ; il est secoué d'une toux sèche et pénible, parfois de hoquet ; sa parole est sourde et entrecoupée.

Des éructations, des nausées suivies de vomissements bilieux très douloureux s'observent souvent. Le météorisme épigastrique, l'ictère (pleurésie droite) sont fréquents. La fièvre est vive, le pouls rapide et dur, le délire possible. Sauf dans les épanchements abondants ou purulents, les signes physiques manquent. *A la vue*, la base du thorax est immobile du côté malade ; quelquefois, la ligne blanche et l'ombilic sont attirés du côté sain, à chaque inspiration. La dépression qui, normalement, sépare la crête iliaque du rebord costal, tend à s'effacer, et, la main qui embrasse cette région éprouve de la résistance. Quoique très douloureuse, et parfois, négative, la *percussion* peut découvrir dans la région antéro-inférieure du thorax une zone de submatité ou de matité convexe en haut (Merklen). *Au palper*, les vibrations peuvent être un peu atténuées. *A l'auscultation*, quand l'inertie du thorax ne supprime pas tout bruit respiratoire, on peut entendre des râles crépitants. Suivant le siège de l'épanchement, on observe des déplacements plus ou moins marqués du cœur, de la rate ou du foie (bord du foie à l'ombilic dans un cas de Merklen). La *marche* peut être rapide ; la mort survient dans la moitié des cas environ. Il est pourtant : des formes sèches

atténuées et bénignes aboutissant à une symphyse phréno-costale (Jaccoud) qui efface l'espace sonore de Traube ; et des formes séro-fibrineuses absolument latentes. La forme purulente est la plus sévère ; elle peut s'ouvrir dans les bronches et guérir par vomique ; mais son ouverture dans le péritoine, entraîne rapidement la mort.

#### IV. — ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES

Étudiés par Debove<sup>(1)</sup>, P. Sainon, Mme Perrée, ils se divisent en *chyleux vrais* et *chyliformes*.

**Épanchements chyleux.** — Ces épanchements, succédant rapidement à un traumatisme thoracique et reparaisant très vite après ponction, occupent la plèvre gauche. Le liquide, offrant les caractères histologiques du chyle, contient du glycose. Leur cause probable, quoique non anatomiquement vérifiée, serait une *rupture du canal thoracique*.

**Épanchements chyliformes.** — Surtout observés dans la tuberculose pleurale, mais aussi dans le cancer de la plèvre, dans les pleurites à pneumocoques (André Jousset) et à streptocoques, ces épanchements sont bien plus communs que les précédents.

**Signes.** — Toujours latent, le début altère peu l'état général ; le liquide est abondant et se reproduit vite après thoracentèse, parfois à l'état séro-fibrineux ou hémorragique. Développés très lentement, les épanchements tuberculeux n'entraînent que des troubles mécaniques dus à leur abondance.

Le liquide chyliforme, opaque, *lactescent* ou *opalescent*, à reflets verdâtres, tient en suspension des paillettes brillantes de cholestérine ; il est inodore, non coagulable (pas de fibrine), et se sépare par le repos en 3 couches : une inférieure opaque, une moyenne claire, une supérieure crémeuse. Celle-ci est composée de granulations de 1 à 5  $\mu$ , dont la nature albuminoïde ou grasseuse est encore discutée, mais que André Jousset a montré formées de débris leucocytaires non colorables par le bleu de méthylène. La couche inférieure est constituée par des leucocytes non dégénérés, colorables. La couche moyenne contient des leucocytes en voie de destruction, encore vaguement colorables.

La lactescence dépend de facteurs multiples : graisse, lécithine, nucléo-albumine, toujours associées en proportions variables dans les pleurésies chyliformes.

#### V. — PLEURÉSIES FÉTIDES, PUTRIDES, GANGRENEUSES

On distingue : 1<sup>o</sup> des *épanchements fétides* sans odeur gangreneuse ;  
2<sup>o</sup> Des *épanchements putrides* avec dégagement de gaz, mais sans sphacèle de la paroi ;  
3<sup>o</sup> Des *épanchements gangreneux* avec liquide putréfié et paroi gangrenée.

(1) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 27 mai 1881.