

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^e 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^o entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien ; 2^o à la partie antéro-interne des premiers espaces intercostaux ; 3^o à l'union du bord sternal et de la partie osseuse de la 10^e côte prolongés ; 4^o à la base du thorax, au niveau des insertions costales du diaphragme ; 5^o 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⁽¹⁾, 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 μ , 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^o des *épanchements fétides* sans odeur gangreneuse ;
2^o Des *épanchements putrides* avec dégagement de gaz, mais sans sphacèle de la paroi ;
3^o Des *épanchements gangreneux* avec liquide putréfié et paroi gangrenée.

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

I. Pleurésies fétides. — Les pleurésies fétides n'engendrent pas de pneumothorax, par exhalation de gaz; l'inoculation de leur liquide aux animaux ne donne pas à ceux-ci de phlegmon gazeux; elles respectent la paroi pleurale. Très communes, très souvent interlobaires ou médiastines, elles sont presque toutes purulentes ou séro-purulentes. La fétidité, provoquée par la pullulation de certaines bactéries (coli-bacilles, anaérobies) est tantôt passagère, tantôt durable, sans gravité et n'altérant pas l'état général, quand elle est simple.

II. Pleurésies putrides et gangreneuses. — *Signes étiologiques.* — Connues depuis longtemps, ces pleurésies ont vu leur pathogénie éclaircie par les recherches de Veillon sur les anaérobies.

Les épanchements putrides se développent surtout grâce à la pénétration dans la plèvre, des bactéries de la putréfaction; le défaut de résistance du terrain n'est pas indispensable.

Ces germes arrivent généralement par les voies respiratoires, la pleurésie succédant à une gangrène pulmonaire, soit superficielle, soit même profonde. La contamination s'opère par ouverture du foyer ou par simple propagation. Le passage des saprogènes dans la plèvre peut aussi se faire à la faveur d'une pneumopathie non gangreneuse : bronchite fétide, dilatation bronchique, caverne tuberculeuse, broncho-pneumonie, cancer, kyste hydatique, infarctus ou abcès du poumon. Les agents putréfiants tirent encore parfois leur origine d'une lésion du tube digestif (cancer ou rétrécissement de l'œsophage, entérite, appendicite), du foie (abcès, kyste hydatique suppuré), de la rate, du rein, du péritoine (péritonite partielle) ou de tout autre foyer gangreneux (otite, ostéomyélite, etc.).

Une pleurésie séro-fibrineuse, hémorragique, purulente peut devenir passagèrement putride; de même un hémithorax traumatique. Les épanchements tuberculeux chroniques sont les plus sujets à cette complication.

Enfin, on appelle *primitives*, des pleurésies putrides dont la porte d'entrée passe tout à fait inaperçue et échappe à toute investigation.

Microbiologie. — On trouve dans les épanchements putrides :

1° Des *pyogènes* et des *saprophytes vulgaires* : pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, actinomyces, tétragènes, sarcines, etc.;

2° Des agents plus spéciaux, les uns *aérobies* : proteus, bacille du choléra des poules, divers coli-bacilles, leptothrix, bacille de l'œdème malin; les autres, plus importants, *anaérobies*, étudiés par Veillon et Zuber par culture en gélose profonde; spirochète denticola, bacille long et mince de la diphtérie du veau, bacillus ramosus, bacillus nébulosus, spirille et coccus anaérobie ressemblant au pneumocoque, staphylococcus parvulus, etc.

L'examen direct du liquide sur lamelles montre toujours de très nombreuses bactéries; par contre, les semis sur milieux aérobies ne donnent que de très rares colonies, ou demeurent stériles, tandis que les cultures sur milieux anaérobies décèlent des espèces nombreuses et variées. Il n'est pourtant pas impossible que, malgré leur éphémère vitalité, les espèces aérobies jouent le vrai rôle pathogène, les anaérobies n'intervenant que pour exalter

la virulence des autres et pour provoquer la fétidité (Roger et Comte). On ignore encore à quelles bactéries attribuer la production de gaz, qui comme la putridité semble résulter de symbioses microbiennes. Les espèces isolées dans les foyers d'origine de l'infection putride (respiratoires, digestifs ou autres) sont identiques à celles qui pullulent dans le liquide pleural; la plupart, du reste, vivent habituellement dans nos cavités muqueuses et dans la salive.

Liquide. — Le liquide des pleurésies putrides, sanieux, louche, brunâtre, plus ou moins épais, contenant souvent des débris sphacelés noirâtres, dégage une odeur analogue à celle des œufs pourris ou de la macération anatomique. Au microscope, on y constate : des hématies, des granulations grasses ou pigmentaires, des cristaux d'acides gras, des lamelles de cholestérine, etc. Les gaz qui l'accompagnent presque toujours ont pour origine, quelquefois une perforation pleurale, mais plus souvent une véritable *fermentation gazogène*.

Signes cliniques. — La *pleurésie putride secondaire* à la *gangrène pulmonaire*, lui succède, à titre de complication. La *pleurésie putride dite primitive* est difficile à dépister avant la ponction; cependant, elle se trahit par quelques signes propres : elle débute tantôt brusquement par un point de côté violent, tantôt à bas bruit, tantôt en deux temps que sépare une rémission de quelques heures ou de quelques jours. La vivacité de la *douleur de côté* et de la *dyspnée* fait quelquefois songer au pneumothorax tuberculeux. L'*expectoration* est banale, non fétide, à moins d'une lésion gangreneuse du poumon ou des bronches. La *température* est très irrégulière, généralement modérée, 38°, 38°,5, exceptionnellement inférieure à la normale (36°), *hypothermie* contrastant avec la gravité de l'état général; on constate quelquefois pourtant de l'*hyperthermie*, avec grandes oscillations; mais son apparition peut suivre l'empyème, coïncidant avec le relèvement de l'*état général*. Celui-ci, du reste, est rapidement très compromis, comme en témoignent; le facies pâle, terreux, bouffi, baigné de sueurs quelquefois fétides; la prostration, l'adynamie ou l'état typhoïde avec langue rôtie, délire, diarrhée, albuminurie, érythèmes. Ce syndrome traduit la résorption des produits toxiques.

La *thoracentèse* renseigne sur les caractères du liquide, mais n'est que palliative, car celui-ci se reproduit rapidement. L'*empyème* est seul efficace, à condition d'être précoce; même alors, la fétidité persiste longtemps, la fistule se ferme lentement et le retour tardif des forces rend la guérison toujours traînante. La mort, souvent brusque, est une terminaison plus fréquente. Il est pourtant des *formes atténuées*, généralement secondaires à des pleurésies tuberculeuses chroniques.

Complications. — La *vomique* est peu compatible avec la marche rapide des pleurésies putrides primitives et ne concerne guère que les épanchements secondaires à la gangrène pulmonaire.

La thoracentèse ou l'empyème, en donnant accès aux germes saprogènes dans les tissus, déterminent presque toujours un *phlegmon gangreneux* se traduisant par une voussure fluctuante et crépitante, souvent incolore et indolore; entraînant, en cas d'empyème, le sphacèle des lèvres de la plaie. Le phlegmon peut se diffuser et envahir le flanc, l'aisselle, etc.