

## MALADIES DE LA PLÈVRE ET DU MÉDIASIN

## PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES

Les nombreuses discussions auxquelles a donné lieu dans ces dernières années la question autrefois si controversée de la nature des pleurésies séro-fibrineuses n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt rétrospectif. L'anatomie pathologique, la bactériologie, l'expérimentation ont définitivement démontré que dans l'immense majorité des cas, la pleurésie, et notamment la pleurésie la plus franche, en apparence primitive, atteignant un sujet robuste, à la suite d'un « coup de froid », est fonction de la tuberculose. Ainsi que l'a si justement indiqué le professeur Landouzy, toute pleurésie qui n'a pas fait sa preuve, c'est-à-dire qui n'est pas d'origine mécanique (pleurésie des cardiaques, des brightiques, des malades atteints de cancer du poumon), qui ne survient pas au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe, le rhumatisme, l'angiocholite, l'appendicite, etc..., peut être considérée *a priori* comme étant de nature tuberculeuse; encore, certaines pleurésies des maladies secondaires sont-elles des infections mixtes déterminées par l'association du bacille de Koch et de l'agent infectieux de la maladie primitive (par exemple le bacille d'Eberth).

Si toute pleurésie primitive est suspecte *a priori*, si certaines pleurésies secondaires doivent également éveiller les soupçons et faire craindre la tuberculose, on doit reconnaître que la clinique à elle seule ne permet pas de faire le diagnostic de la cause. Ainsi telle pleurésie, considérée comme tuberculeuse parce qu'elle est survenue dans le cours d'une tuberculose avérée, peut ne pas être tuberculeuse; telle autre pleurésie, et l'erreur dans ce cas est plus grosse de conséquences, telle autre que vous supposez grippale parce qu'elle s'est déclarée dans le cours ou la convalescence de la grippe peut être une pleurésie tuberculeuse qui s'est développée à la faveur de l'infection grippale. Enfin il n'est pas jusqu'aux pleurésies séro-fibrineuses d'origine traumatique qui ne puissent être tuberculeuses, le traumatisme ayant favorisé l'apparition d'une bacillose latente jusqu'alors.

Fort heureusement au secours de la clinique viennent aujourd'hui des moyens de diagnostic d'un emploi relativement simple et dont l'un au moins, d'une précision presque absolue, permet de distinguer les pleurésies tuberculeuses de celles qui ne le sont pas. Cette différenciation, est-il besoin de le dire, est de la plus haute importance, tant pour le pronostic éloigné que pour le traitement.

La recherche des bacilles dans l'épanchement donnant habituellement des résultats négatifs, on eut d'abord recours aux *inoculations du liquide pleural dans le péritoine des cobayes* (Chauffard et Gombault, Netter, etc.); mais cette méthode n'a qu'une valeur relative. En effet, s'il ne peut y avoir de doute sur la nature de la pleurésie, quand le résultat de l'inoculation est positif, le doute doit subsister, quand ce résultat est négatif. On a constaté qu'une pleurésie manifestement tuberculeuse peut ne pas déterminer la tuberculose expérimentale chez le cobaye. Les résultats négatifs s'expliquent par ce fait que l'épanchement peut être très peu virulent et que les bacilles, étant très clairsemés dans le liquide pleural, sont rapidement détruits. Pour augmenter les chances de succès des inoculations, il est indiqué d'injecter, à l'exemple de Péron

et Le Damany, de fortes doses de liquide pleural (20 cc. et non 2 ou 3 cc. comme on le faisait habituellement).

Les *injections de tuberculine* présentent des dangers qui ne permettent pas d'en recommander l'emploi; d'ailleurs, dans quelques cas, elles déterminent une réaction légère, en l'absence de toute tuberculose.

La *méthode des cultures*, appliquée à la recherche du bacille de Koch, n'a donné des résultats satisfaisants que tout récemment, grâce aux perfectionnements apportés à la technique.

L'emploi du sang gélosé glycérolé permet d'obtenir des cultures qui ne se développent pas sur les milieux usuels (Bezançon et Griffon). Les colonies n'apparaissent qu'au bout de trois ou quatre semaines de séjour à l'étuve à 37°; elles revêtent l'aspect de masses saillantes, sphériques, mûriformes, de coloration chocolat.

Le *séro-diagnostic* de la tuberculose, entré dans la pratique, à la suite des travaux de MM. Arloing et Courmont, exige l'emploi de cultures jeunes de bacilles tuberculeux (10 à 12 heures); le mélange du sérum et de culture se fait dans la proportion de 1 pour 5 ou 1 pour 10 et l'agglutination se produit dans un délai qui varie de une à cinq heures. La séro-réaction peut n'être positive qu'au déclin de la pleurésie (Courmont); aussi, un seul examen, surtout fait à une époque rapprochée, peut-il être insuffisant. Quoi qu'il en soit, sur 11 pleurésies tuberculeuses, 9 fois la séro-réaction a été positive; 1 fois douteuse, 1 fois négative. Sur 11 pleurésies diverses dont aucune n'était tuberculeuse, les résultats ont été toujours négatifs (Widal et Ravaut).

Le moyen de diagnostic le plus sûr est le *cyto-diagnostic*, dû à MM. Widal et Ravaut (1900).

Cette méthode consiste dans l'étude des éléments cellulaires contenus dans le liquide pleural, éléments cellulaires dont la nature varie essentiellement suivant la cause de l'épanchement, de telle sorte qu'à lui seul, le cyto-diagnostic permet de déterminer aisément cette cause.

La défense de l'organisme contre les agents infectieux est dévolue aux globules blancs (Metchnikoff), mais les globules blancs présentent plusieurs variétés (lymphocytes, mononucléaires, polynucléaires) dont chacune peut prédominer dans un épanchement, suivant la nature de la lésion et de l'infection causale; la constatation de la « formule cellulaire » de l'épanchement constitue le cyto-diagnostic pleural. Grâce à sa technique relativement aisée et aux renseignements précis qu'il donne, le cyto-diagnostic peut être considéré comme le moyen à la fois le plus simple et le plus sûr de déterminer la cause d'une pleurésie.

Pour le pratiquer on retire aseptiquement quelques grammes de liquide pleural que l'on verse dans un tube à essai où il se coagule. Au moment de procéder à l'examen, on jette quelques perles de verre dans le tube, on renverse et redresse alternativement celui-ci. Quand le liquide s'est troublé on le décante, en laissant de côté la fibrine rétractée et on le centrifuge jusqu'à ce qu'un petit culot se soit formé au fond du tube. On étale alors une goutte de l'émulsion sur une lamelle et l'on fait des préparations que l'on colore à la thionine, à l'éosine-hématéine et au triacide d'Ehrlich.

Le cyto-diagnostic permet de distinguer trois variétés de pleurésie: les pleurésies tuberculeuses, les pleurésies dues à une infection autre que la tuberculose, les pleurésies d'origine mécanique dues à une compression ou une irritation de voisinage.

La formule cellulaire de la pleurésie de Landouzy, c'est-à-dire de l'ancienne pleurésie *a frigore*, ou, en d'autres termes, de la pleurésie tuberculeuse, est la suivante: existence presque exclusive de lymphocytes, mêlés à un nombre relativement considérable de globules rouges. Polynucléaires inconstants et très peu abondants; pas de cellules endothéliales desquamées de la plèvre.

La formule cytologique des pleurésies développées chez des tuberculeux avérés est