

quelques symptômes spéciaux ; l'épanchement se fait très rapidement et disparaît de même après un état stationnaire de quelques jours à peine. C'est une sorte d'épanchement en plaque accompagnant une phlegmasie qui est surtout pariétale. La pleurésie ne disparaît le plus souvent que pour se porter du côté opposé ou pour être remplacée par une fluxion articulaire (L. Bourat). Le point de côté occupe toute une *zone* douloureuse (Lasègue). Il se peut aussi qu'aucune réaction ne se produise et que la marche silencieuse de l'affection la laisse passer inaperçue. La guérison rapide est la règle.

Pleurésie hémorrhagique. — La pleurésie hémorrhagique est celle dans laquelle le nombre des globules rouges est suffisant pour donner à l'exsudat une teinte rosée ou rouge ; elle ne diffère pas de la pleurésie simple, au point de vue de la symptomatologie. Elle est liée au cancer (Trousseau) ou à la tuberculose miliaire pleuropulmonaire (R. Moutard-Martin), au scorbut, au purpura, etc. Dans d'autres circonstances, ce n'est qu'une pleurésie séro-fibrineuse dans laquelle l'intensité de l'inflammation a déterminé la rupture des petits vaisseaux pleuraux ; elle peut aussi avoir la même origine que les pachyméningites et péricardites hémorrhagiques : les vaisseaux des membranes de nouvelle formation se déchirent en donnant lieu à un véritable hématome. La pleurésie hémorrhagique, qui n'est symptomatique ni de la tuberculose ni d'un cancer pleuro-pulmonaire, n'est pas nécessairement grave ; on l'a vue guérir après une seule ponction (Gérin-Roze, Bucquoy, Moutard-Martin) (1).

(1) MM. Kelsch et Vaillard viennent de consacrer, dans les *Archives de physiologie* (août 1886), un important article à l'anatomo-pathologie et à la nature de la pleurésie.

Après avoir cherché à établir que toute pleurésie est primitivement tuberculeuse, ils tentent d'expliquer pourquoi, étant donnée une *lésion unique*, tant d'expressions anatomiques et cliniques différentes ; pourquoi on peut observer des épanchements de natures si diverses : séreux, purulent, hémorrhagique ? Pour ces investigateurs distingués, l'épanchement séreux signifierait tendance du tubercule à l'organisation fibreuse ; en pareil cas les vaisseaux comprimés laissent transsuder seulement le sérum sanguin et retiennent les principaux éléments constitutifs du sang. L'épanchement purulent indiquerait au contraire une tendance incessante de la néomembrane tuberculeuse à la nécrobiose. Enfin l'épanchement hémorrhagique impliquerait la limitation du processus nécrobiotique à la paroi vasculaire, qui laisserait échapper les éléments figurés du sang ; si le processus nécrobiotique tend à la généralisation, l'épanchement se transformera en épanchement purulent.

Pleurésie gangreneuse. — Cette forme de pleurésie se caractérise par une odeur fétide du liquide épanché et par des lésions anatomiques spéciales. On doit distinguer la pleurésie *gangreneuse primitive* et la pleurésie *gangreneuse secondaire* consécutive à une altération du parenchyme pulmonaire (Besnier). La première est rare, si tant est qu'elle existe (Bucquoy). Prévost, de Genève, semble cependant en avoir rapporté plusieurs observations authentiques. La seconde est au contraire relativement fréquente, et, dans ce cas, ou bien la pleurésie et la gangrène pulmonaire peuvent se développer et marcher simultanément, ou bien la pleurésie a été primitive et la lésion pulmonaire ne se produit qu'un temps plus ou moins long après l'inflammation pleurale.

La pleurésie gangreneuse s'observe à la suite de traumatismes, ou chez des sujets vigoureux et sans antécédents morbides qui sont restés exposés à un froid vif et prolongé. Les symptômes débutent brusquement par un point de côté d'une violence excessive et très persistant. Puis surviennent de la dyspnée, une toux continue, une fièvre intense et enfin une fétidité pathognomonique de l'haleine et des crachats. L'épanchement offre souvent cette odeur caractéristique beaucoup plus tôt. L'état général est des plus graves.

Le diagnostic est fort difficile et même impossible lorsque la lésion pulmonaire n'a pas encore donné lieu aux crachats et à l'expectoration fétides. Dans les cas où la pleurésie est consécutive à la gangrène pulmonaire, le pronostic est toujours très grave, si l'irruption des débris gangreneux s'est faite dans la plèvre saine ; si la pleurésie reste circonscrite et enkystée, le pronostic est un peu moins défavorable. Comme dans la plupart des pleurésies purulentes, le pus tend à se faire jour au dehors ou à faire irruption dans les bronches ; et comme pour elles, c'est aussi l'empyème qui, au point de vue du traitement, donne les meilleurs résultats (Besnier, Bucquoy).

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Nous avons vu quels étaient les symptômes fonctionnels du début de la pleurésie et les signes de la période d'épanchement. Cette dernière période peut durer de quinze à vingt jours, au bout desquels elle fait place à une période d'état, toujours très courte d'après Woillez (moins de vingt-quatre heures), pouvant durer de trois à cinq jours, d'après la plupart des auteurs. Ce n'est guère qu'à la fin de la troisième semaine qu'on s'aperçoit d'une diminution dans la quantité du liquide épanché. L'apparition d'une certaine quantité d'albumine dans les urines annonce souvent le début de la résorption de

l'exsudat. La résolution, après avoir débuté rapidement, se termine beaucoup plus lentement, à cause de la résistance plus grande à la résorption des parties solides; elle donne lieu, comme signes stéthoscopiques de retour, à des frottements, à du souffle, à de l'égophonie, moins nette toutefois que celle de la période d'augment. On observe assez souvent des phénomènes critiques, des sueurs et des urines abondantes. Chez les enfants, l'évolution est plus rapide; la guérison survient dans un espace de sept à dix-huit jours.

La pleurésie franche primitive se termine généralement par la guérison soit complète, soit accompagnée de quelques symptômes persistants: comme l'obscurité du murmure vésiculaire, les douleurs de côté, etc. Il est assez rare d'observer le passage à l'état chronique ou purulent.

La mort peut survenir, par insuffisance de l'hématose (1) et asphyxie consécutive. La compression du cœur et des gros troncs vasculaires combinée *au poids* de l'épanchement (Lichenstirn) s'exerçant sur les parties déclives, et plus particulièrement sur le tronc de la veine cave, amène la terminaison fatale par syncope ou par embolie du cœur et de l'artère pulmonaire.

Les thromboses cardiaques sont plus fréquentes chez les enfants (Labric). On peut observer encore la mort subite par œdème aigu du poumon du côté opposé à l'épanchement (Traube) ou par dégénérescence graisseuse du myocarde (M. Raynaud), désintégration segmentaire (Weill), enfin par propagation de l'inflammation au péricarde.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La pleurésie doit être distinguée de la *pneumonie*. Dans les cas types, la pneumonie avec son grand frisson unique, ses râles crépitants, son expectoration pathognomonique et l'exagération des vibrations thoraciques, ne peut être confondue avec l'inflammation de la plèvre. Mais lorsque ces symptômes font défaut et qu'on n'a d'autres signes que de la matité et du souffle bronchique, les erreurs sont plus faciles à commettre. On devra alors se baser sur la marche cyclique de la phlegmasie pulmonaire, sur l'état général grave des pneumoniques comparé à celui des pleurétiques, etc. La forme, assez rare d'ailleurs, à laquelle on a donné le nom de pneumonie massive, est presque impossible à différencier cliniquement de la pleurésie. Il est assez fréquent d'observer la pneumonie et la pleurésie réunies, la pleu-

(1) Celle-ci résulte de la compression des vaisseaux et de la suppression de l'inspiration pleurale, venant s'opposer à la réplétion diastolique.

résie étant consécutive: dans ce cas, les symptômes de la pleurésie masquent ceux de la pneumonie, et il n'y a guère que les crachats rouillés qui puissent révéler l'existence de cette dernière affection. Sans aller jusqu'à l'inflammation pneumonique, le poumon peut être le siège d'un état congestif qui modifie aussi notablement les signes classiques de la pleurésie; en ce cas les vibrations thoraciques sont seulement diminuées, le murmure vésiculaire s'entend parfois jusqu'à la base, accompagné de souffle bronchique qui se perçoit très bas aussi: il y a matité notoire.

Dans cette forme de congestion pulmonaire, que nous avons décrite plus haut sous le nom de spléno-pneumonie (Grancher), le diagnostic peut présenter des difficultés. On évitera de tomber dans l'erreur en se rappelant que la *spléno-pneumonie*, dont le siège d'ailleurs est habituellement à gauche, s'accompagne: 1° d'une expectoration gommeuse; 2° de la persistance de l'espace de Traube; 3° d'absence de déviation sternale; 4° et d'un retour graduel des vibrations thoraciques vers les sommets.

Les *tumeurs de la poitrine* se distinguent de la pleurésie par les compressions intrathoraciques qu'elles déterminent. Néanmoins, il n'est pas toujours aisé de reconnaître le cancer infiltré du poumon à son début. Les kystes hydatiques du foie, qui font saillie dans la plèvre en refoulant le diaphragme, se reconnaissent à la forme de la matité, qui est l'inverse de celle de l'épanchement pleurétique, à leur continuité avec la matité hépatique, à la lenteur de l'évolution des accidents, etc. (voy. les détails du diagnostic plus loin, aux articles spéciaux).

La pleurésie diaphragmatique peut être confondue avec l'*angine de poitrine*. Nous avons indiqué déjà les principaux éléments du diagnostic différentiel; nous n'y reviendrons pas ici.

La *pleurodynie* n'a de commun avec la pleurésie que le point de côté; la sonorité reste parfaitement normale, bien que la douleur, en diminuant l'expansion vésiculaire, donne souvent à l'auscultation la sensation d'un murmure respiratoire très atténué.

Enfin, on évitera de confondre les bruits pseudo-cavitaires avec des signes de tuberculose ulcéreuse, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire en traitant de la phthisie.

Le *pronostic* ressort de ce que nous avons dit à propos de la marche et des complications. La pleurésie franche aiguë est bénigne chez les adultes, plus grave chez l'enfant et le vieillard. La guérison est la règle; il n'en est plus de même des pleurésies secondaires qui dépendent d'une affection générale, et qui sont toujours beaucoup plus fâcheuses.

La *pleurésie double*, en restreignant au maximum le champ de l'hématose, compromet plus directement l'existence ; de même la *pleurésie diaphragmatique* lorsqu'elle est intense et provoque des accidents nerveux dans le domaine du nerf phrénique ou du pneumogastrique.

La pleurésie droite est plus souvent d'origine tuberculeuse que la gauche, elle est donc d'un pronostic plus grave.

Règle générale, pour fonder ses prévisions, il faudra tenir grand compte de l'âge du malade, de sa constitution, de son état général, de l'abondance de l'épanchement, des déplacements et des compressions auxquels il donne lieu. La péricardite concomitante, la persistance de l'épanchement aggraveront le pronostic.

L'examen du liquide après la ponction fournit aussi des indications précieuses. Confirmant à peu près les propositions déjà établies par Méhu, E. Lemoine a constaté qu'une densité supérieure à 1019, avec un liquide qui se prend en masse, implique toujours l'idée d'une pleurésie franche et de pronostic plus bénin ; au-dessous de 1015 la densité indique l'existence d'un hydrothorax ; aux environs de 1018, si le liquide est pauvre en fibrine, la pleurésie sera probablement tuberculeuse. Son origine spécifique ne laissera plus de doutes si, comme l'ont pratiqué Chauffard et Gombault, le liquide inoculé à des cobayes a transmis la tuberculose.

Un épanchement séreux ou séro-fibrineux en apparence, mais qui renferme plus de 2000 globules rouges par millimètre cube, est un épanchement qui tendrait fatalement à la purulence ; c'est ce que Dieulafoy a appelé pleurésie : *histologiquement hémorragique*. Lorsque le liquide est franchement hémattique, il s'agit en général de pleurésie tuberculeuse ou cancéreuse, bien que la pleurésie hémorragique primitive ne soit pas exceptionnelle (Moutard-Martin). Ces pleurésies nettement hémorragiques ne suppurent pas (Dieulafoy).

TRAITEMENT. — Lorsque le sujet est jeune et vigoureux, on peut avoir recours à une saignée générale ; c'était la pratique habituelle des anciens, c'est encore celle de Peter aujourd'hui ; mais en général on se contente de l'application de ventouses scarifiées *loco dolenti*. On peut ajouter à ce traitement antiphlogistique les altérants et, s'il existe un peu d'état saburral des voies digestives et du catarrhe des bronches, un éméto-cathartique.

Si la fièvre est intense, on donnera 30 à 40 centigrammes de poudre ou de macération de digitale comme antipyrétique et sur-

tout comme diurétique, mais en surveillant attentivement l'action de ce médicament à cause du collapsus possible.

Lorsque l'épanchement est en voie de formation, on agira topiquement par l'emploi des révulsifs, les vésicatoires volants, la teinture d'iode, en ayant soin toutefois d'attendre la chute de la fièvre, sous peine de faire une médication inutile. On y joindra comme dérivatifs, les purgatifs drastiques et les diurétiques, le chiendent nitré, les cinq racines, le lait.

Si, après que toute trace d'inflammation a disparu, en général au bout de vingt jours (Potain), le liquide persiste dans la plèvre sans diminution, l'indication qui s'impose est de pratiquer la *thoracentèse*. La thoracentèse a été introduite dans la pratique médicale par Trousseau, et les appareils de Dieulafoy et de Potain ont diminué de beaucoup les difficultés et les dangers de cette opération. Outre les cas d'épanchement stationnaire ou à résorption excessivement lente, il est une autre indication de la thoracentèse que Jaccoud a nettement formulée en disant qu'à un moment quelconque de la pleurésie aiguë la ponction de la poitrine devait être faite, si le malade était menacé de *suffocation par l'abondance de l'épanchement*. Non seulement l'aspiration débarrasse la plèvre d'une partie du liquide qu'elle contient, mais il n'est pas rare de voir disparaître très rapidement ce qui est resté dans la cavité : ce fait est dû au déplissement du poumon et à l'absorption de la sérosité par les parties de la plèvre qui ne sont pas recouvertes de fausses membranes.

On aura grand soin en pratiquant la thoracentèse de tenir compte de la pression intrathoracique ; on se servira pour cela du manomètre de Potain, que l'on introduit sur le trajet du tube aspirateur ; on évitera ainsi les décompressions trop brusques qui, en exagérant la congestion pulmonaire, peuvent favoriser la reproduction de l'épanchement, ou donner lieu à de graves complications. (La pression maxima intrapleurale est de 20 à 30 millimètres de mercure ; dans les grandes décompressions, elle peut s'abaisser à —25, —30.)

La thoracentèse donne parfois lieu à un accident grave, l'*expectoration albumineuse*. Terrillon reconnaît trois formes cliniques de cet accident : une forme légère, avec peu de dyspnée et d'expectoration ; une forme intense avec dyspnée vive et expectoration assez abondante, pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours ; enfin une forme très grave dans laquelle le liquide albumineux amène la suffocation par obstruction des bronches et qui peut se terminer par la mort en moins d'un

quart d'heure. Le liquide de l'expectoration albumineuse se sépare en trois couches superposées lorsqu'on le laisse reposer dans un verre : de la mousse, du liquide, et un dépôt.

Les explications qu'on a données de ce phénomène sont nombreuses ; Woillez admet la perforation du poumon par le trocart, Féréol une perforation spontanée du poumon sans pneumothorax ; l'opinion la plus vraisemblable est certainement celle que Pinault avait exposée dans sa thèse, qui fut reprise plus tard par Hérard et qui est admise par Moutard-Martin, Blachez, Terrillon, etc. : le poumon, après sa décompression, est le siège d'une poussée séreuse qui peut donner lieu à une quantité de liquide suffisante pour être expulsée par les bronches.

Dieulafoy a remarqué que l'expectoration albumineuse était souvent liée à des complications (maladies du cœur, bronchite, pleurésie double, etc.), souvent aussi à l'évacuation trop rapide de l'épanchement, ou bien à ces deux causes réunies, d'où l'indication de ne jamais vider la plèvre entièrement. Guidé par la même idée, Béhier avait l'habitude de procéder par une série de ponctions successives d'environ 500 grammes.

La thoracentèse peut donner lieu à un certain nombre d'autres phénomènes graves, parmi lesquels nous citerons tout d'abord les *convulsions* et les attaques éclamptiques ou épileptiformes (Raynaud, Brouardel, A. Laveran, Vallin, Leudet, Desplats). L'explication de ces accidents n'est pas univoque : dans certains cas, on a invoqué l'ischémie réflexe du cerveau et l'incitation également réflexe du bulbe ; dans l'observation recueillie par l'un de nous il existait un foyer de ramollissement dans le corps strié gauche et une embolie dans la sylviennienne du même côté. On a également rapporté, à la suite de la thoracentèse ou de l'injection de liquides dans la plèvre, des cas d'hémiplégie plus ou moins marquée, plus ou moins persistante du bras ou des deux membres du côté de la pleurésie (Lépine, Goodhardt, Auboin, Leudet). Tout récemment Weil a publié une observation d'hémichorée survenue dans des conditions analogues.

Pendant la thoracentèse même, ou fort peu de temps après, on peut voir survenir la *mort subite*. Comment se produit celle-ci ? On l'a attribuée successivement à l'obstruction des bronches par une grande quantité d'écume, à la congestion pulmonaire (Desnos), à l'impression morale, à la douleur de l'opération et à l'arrêt du cœur par action réflexe (Besnier), à l'anémie cérébrale consécutive, à l'afflux du sang qui se précipite dans le poumon

décomprimé (Legroux). Il y a là un mécanisme pathogénique qui reste à élucider.

Dans le cas de pleurésies multiloculaires, bien qu'on en puisse quelquefois faire le diagnostic, la thoracentèse est une opération infructueuse et qui, règle générale, ne doit pas être tentée.

L'influence de la thoracentèse sur la transformation purulente de l'épanchement a été exagérée ; néanmoins il faut tenir compte de ce redoutable accident, dont il existe des exemples.

PLEURÉSIE CHRONIQUE

La pleurésie chronique peut succéder à la pleurésie aiguë ou être chronique d'emblée. Dans ce dernier cas, de beaucoup le plus fréquent, elle se développe surtout chez les individus diathésiques ou atteints d'une maladie générale, chez les sujets débilités (alcooliques, etc.) ; elle peut être liée à une lésion locale des parois thoraciques ou du poumon (cancer du sein, tubercules, etc.).

Les néomembranes de la pleurésie chronique sont plus dures, plus épaisses que celles de la pleurésie aiguë, deviennent fibreuses, cartilagineuses ou calcaires. Il en est de même des fausses membranes qui peuvent revêtir toute la plèvre (Oulmont) et isoler complètement l'épanchement lorsqu'il existe ; celui-ci est généralement troublé par des flocons fibrineux et des globules de pus. La pleurésie chronique secondaire est souvent limitée ; dans la phthisie, par exemple, elle n'occupe que le sommet du poumon.

Les signes physiques sont identiques avec ceux de la pleurésie aiguë sèche ou avec épanchement : mêmes frottements pleuraux, même souffle et mêmes phénomènes de percussion. L'égophonie cependant s'observe assez rarement et il n'y a jamais d'égophonie de retour.

La forme chronique est en général apyrétique, à moins cependant que l'épanchement ne soit considérable, ce qui détermine parfois un peu de fièvre à la tombée de la nuit ; sa marche est lente, sa durée varie de quelques mois à un an et plus ; sa terminaison ordinaire est la guérison, qui se fait attendre un temps souvent fort long et qui ne s'effectue pas sans déformations notables du côté affecté du thorax, surtout si l'on n'a pas eu recours en temps opportun à l'évacuation de la plèvre. Fait remarquable et qui prouve bien l'existence d'une pleurésie chronique *non purulente*, c'est qu'il existe un certain nombre d'observations (Dieulafoy,

Woillez, G. Sée) où la ponction pratiquée seulement au bout de plusieurs mois a permis d'extraire un liquide séro-fibrineux et parfaitement limpide. La mort peut survenir dans les mêmes conditions que dans la pleurésie aiguë, ou avec tous les symptômes de l'hecticité; la gravité de la pleurésie chronique est toujours plus grande lorsqu'elle est symptomatique (phthisie).

PLEURÉSIE PURULENTE

Synonymie : *Pyothorax*, *empyème*.

La pleurésie purulente est la maladie de poitrine la plus anciennement connue, puisque Hippocrate la traitait par l'opération de l'empyème. Les médecins arabes et ceux de la Renaissance (Rhazès, Guy de Chauliac, Ambroise Paré) conservèrent bien les traditions hippocratiques; mais le discrédit dans lequel tomba la thoracentèse avec Heister et Corvisart fit rapidement oublier les abcès du poumon, comme on disait alors (J. Franck). Laennec lui-même ne réhabilita pas la pleurésie purulente qu'il englobait naturellement dans l'histoire de la pleurésie aiguë, puisque pour lui les fausses membranes n'étaient que du pus concrété; aussi n'est-ce guère que depuis Andral, Trousseau, les travaux d'Attimont, d'Oulmont, et surtout de Dieulafoy, de Damaschino, de Moutard-Martin et de Potain, que la pleurésie purulente est décrite avec tous les détails et tout le soin qu'elle mérite.

La pleurésie purulente est parfois consécutive à la pleurésie franche, mais ce fait est rare. Nous avons déjà dit que les causes générales qui influent le plus sur sa production sont la variole et la scarlatine, l'état puerpéral, la pyoémie, la fièvre urinaire, la fièvre typhoïde, et surtout la scarlatine et la puerpéralité; Roger a même rencontré la pleurésie purulente chez des nouveau-nés de femme morte de fièvre puerpérale, tant l'intoxication est profonde. Les abcès de voisinage faisant irruption dans la plèvre, les corps étrangers, la rupture d'une caverne ou d'un foyer de gangrène pulmonaire, etc., sont également des causes de pleurésie purulente.

Bazin a aussi incriminé la scrofule et Heyfelder l'impaludisme; mais ces faits sont loin d'être démontrés (Dutrouleau, Griesinger).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la pleurésie purulente aiguë, la plèvre est rouge et injectée, avec des ecchymoses et même des épanchements sanguins, le dépoli des surfaces est très accusé.

Cependant dans les cas suraigus (fièvre puerpérale, pyoémie), où l'épanchement purulent se fait en quelques heures, la plèvre est rugueuse, épaissie, infiltrée de pus. Les néomembranes peuvent s'incruster de sels calcaires comme dans la pleurésie chronique, et les fausses membranes très épaisses forment soit une série d'étroits cloisonnements, soit un revêtement continu pariéto-pulmonaire, un véritable kyste pseudo-pleural; d'autres nagent librement dans le liquide purulent sous forme de flocons ténus ou se déposent en masses volumineuses dont la présence est un sérieux obstacle à la guérison. Les fausses membranes sont ordinairement grisâtres, parfois teintées en rose ou en rouge par l'épanchement sanguin; plus tard elles deviennent noirâtres par dépôt de pigment dans leur épaisseur.

On sait que normalement la sérosité de la pleurésie franche contient un certain nombre de globules blancs: dans la pleurésie purulente, ceux-ci sont prédominants, et, par suite, le liquide devient louche et opalin ou prend l'aspect du pus phlegmoneux de bonne nature. Ce pus est parfois bien lié, homogène, crémeux, d'odeur fade; d'autres fois il est mal lié, mélangé de sérosité et de grumeaux, d'odeur alliacée et fétide. Au microscope, on le trouve composé de globules blancs, de quelques globules rouges déformés et altérés, de granulations graisseuses et protéiques, de paillettes de cholestérine. Ce liquide est susceptible, par résorption des parties séreuses, de se transformer en un magma caséux semblable à du mastie; parfois aussi il subit une décomposition putride donnant naissance à des gaz excessivement fétides (th. de Proust, 1862).

La quantité du liquide exsudé varie de quelques cuillerées à plusieurs litres (jusqu'à huit litres).

L'exsudat purulent est le plus souvent limité, circonscrit; il siège assez fréquemment dans la portion médiastine de la plèvre et dans les scissures interlobaires, où il est enkysté entre les deux feuillettes accolés de la plèvre viscérale.

D'autres fois, ainsi qu'Andral d'abord, puis N. Gueneau de Mussy, en ont rapporté des exemples, l'épanchement occupe le cul-de-sac pleural sus-diaphragmatique: la pleurésie diaphragmatique suppurée peut rester complètement latente et n'être découverte qu'à l'autopsie (Graux-Boisseuil). Elle serait à peu près constante dans la péritonite aiguë généralisée (Laroyenne).

La situation occupée par le poumon dans le cas de pleurésie purulente est extrêmement variable. Bien qu'Attimont, dans un travail très consciencieux, ait cru pouvoir en décrire seulement

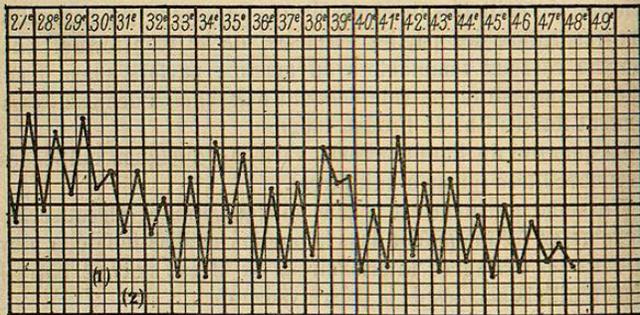
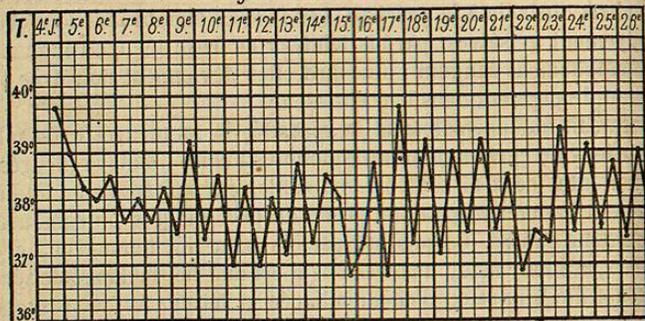
quatre types principaux, il est mieux de dire que le poumon peut affecter toutes les positions possibles.

Comme lésions connexes, nous devons signaler les ostéophytes ou ostéites costales, l'atrophie des muscles intercostaux (Stokes), les lésions et abcès de la paroi thoracique (Leplat); mais surtout

Pleuro-pneumonie. Pleurésie purulente d'emblée.

Thoracentèse puis opération de l'empyème.

Guéison. (A. Laveran)



(1) Ponction simple (2) Opération de l'empyème.

FIG. 51.

les fistules par lesquelles la collection purulente a une tendance naturelle à se vider au dehors.

Les fistules cutanées sont les plus fréquentes (Flammarion); fait singulier, elles s'établissent surtout en avant et dans les premiers espaces intercostaux (Cruveilhier), elles sont souvent assez

tortueuses pour empêcher l'entrée de l'air dans la plèvre (Peacock); puis viennent les fistules bronchiques, les fistules diaphragmatiques (William), et enfin, exceptionnellement, les fistules lombaires (Owen Rees).

DESCRIPTION. — La pleurésie purulente, à part quelques cas où

Pleurésie purulente d'emblée. Thoracentèse puis opération de l'empyème. Guéison. (A. Laveran)

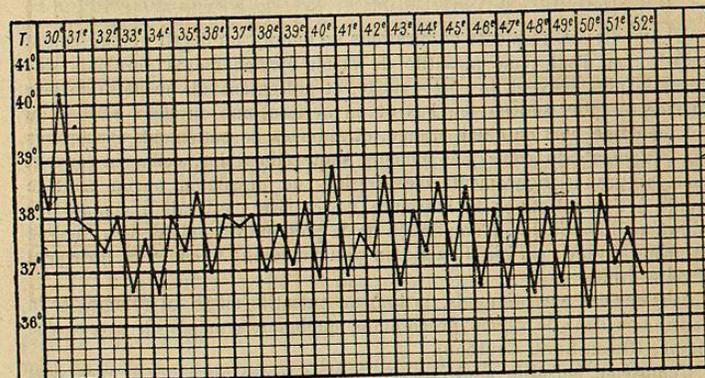
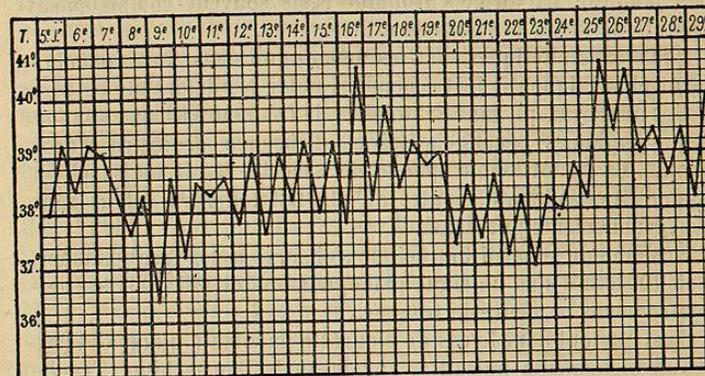


FIG. 52.

elle est purulente d'emblée, passe d'abord par un état séreux ou séro-purulent dont les symptômes ne diffèrent pas de ceux de la pleurésie franche. Ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'on