

chement est purulent. On a dit que cela était dû à une poussée inflammatoire excessive entraînant la suppuration ; il est plus probable que cette dernière relève de la présence d'un agent infectieux spécial.

Le diagnostic des pleurésies enkystées est quelquefois assez délicat. Quant le liquide s'épanche au sommet même, on peut penser qu'il s'agit d'une tuberculose massive de cette région du poumon. Il y a cependant des signes distinctifs assez nets. Dans le cas de tuberculose, les vibrations thoraciques et le retentissement vocal sont augmentés, tandis que vibrations et retentissements disparaissent lors de pleurésie. Les difficultés s'accroissent lorsque la voix est supprimée ; on se base alors sur le degré de la matité qui est le plus considérable quand il s'agit d'un épanchement, la tuberculose du sommet étant rarement assez compacte pour donner un son absolument mat. La pleurésie interlobaire est surtout délicate à reconnaître ; au début, il n'y a guère, comme signes, que de la matité profonde et de la fièvre. Quand ces signes sont constatés à la partie moyenne de la poitrine et qu'ils ne se déplacent pas, on peut penser à la maladie. Au début, les phénomènes pleuraux dominent, il y a un point de côté intense qui est souvent situé plus haut et plus en dehors que le point de côté pleurétique habituel. Cependant c'est là un simple indice de présomption, car la douleur pleurétique est très sujette à changer de place. Toujours au début, il y a des séries de frissons et une petite toux sèche qui ne s'accompagne pas d'expectoration, sauf quand il y a une congestion pulmonaire étendue, ce qui est rare. Si, en même temps que ces signes, on constate l'absence de frottements et de liquide dans la grande cavité pleurale, il y a de grandes présomptions pour que l'on se trouve en présence d'une pleurésie interlobaire. Cette dernière progressant tend à se rapprocher de la paroi thoracique, à devenir plus superficielle. Si alors on percute un peu fortement en dehors, au niveau de la région qui correspond au sillon interlobaire, on constate de la submatité, en même temps que le murmure vésiculaire superficiel reste net, mais est plus faible. Exceptionnellement, il y a un très léger souffle pleural. Enfin, lorsque l'épanchement a suffisamment écarté les lobes du poumon pour être presque en contact avec la paroi thoracique la matité est absolue, le murmure vésiculaire disparaît et il n'y a plus de vibrations.

L'épanchement interlobaire s'évacue par les bronches dans la grande majorité des cas, et cela se voit beaucoup plus fréquemment quand il s'agit d'un épanchement de la grande cavité pleurale. Dans ce cas, en effet, comme le poumon se laisse très refouler, il faut que la surface pulmonaire soit détruite pour qu'il y ait communication avec