

probants quand les lésions tuberculeuses sont anciennes que lorsqu'elles sont récentes.

Revenons à l'origine de notre discussion. La question posée au début de cette étude était la suivante : Pouvons-nous savoir si une pleurésie séro-fibrineuse franchement aiguë est ou n'est pas tuberculeuse? Eh bien oui, nous pouvons le savoir, et c'est, je crois, le cyto-diagnostic qui nous fournit les renseignements les plus certains, parce qu'il n'est pas sujet aux lacunes des autres procédés. Rien n'empêche, bien entendu, de contrôler le cyto-diagnostic par les autres moyens que vous avez à votre disposition : culture du liquide, séro-diagnostic et inoculation aux cobayes.

Il nous sera possible désormais de dresser avec précision le bilan de l'ancienne pleurésie essentielle, *a frigore*. Nous verrons d'abord que la plupart des pleurésies qui répondent à la description de la pleurésie dite franche, *a frigore*, sont en réalité des pleurésies tuberculeuses; le cyto-diagnostic les stigmatise, la lymphocytose pleurale démasque leur origine.

Nous verrons ensuite (ce que nous savions déjà) qu'il est des agents infectieux capables de créer des pleurésies franchement aiguës qui n'ont rien à voir avec la tuberculose. Tel individu fait une pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement comme il ferait une pneumonie : c'est le pneumocoque qui en est l'agent provocateur; tel autre fait également une pleurésie aiguë avec épanchement : c'est le streptocoque qui en est l'agent pathogène; chez un troisième qui fait lui aussi une pleurésie aiguë avec épanchement, on découvre une infection pleurale, fétide ou putride, par aérobies ou anaérobies; etc. Ce groupe de pleurésies aiguës, que je pourrais élargir encore, n'a rien à voir avec la tuberculose; la bactériologie avait classé ces pleurésies d'après leurs agents pathogènes; le cyto-diagnostic les englobe dans la même formule cellulaire : ce sont des pleurésies à cellules polynucléaires et mononucléaires.

Mesurez l'étendue du chemin parcouru et voyez les progrès accomplis en quelques années; la pathogénie des pleurésies, autrefois si obscure, est maintenant bien connue,

leur diagnostic pathogénique est si nettement élucidé qu'on se demande quelle place pourrait occuper en médecine humaine l'ancienne pleurésie essentielle, *a frigore*, celle qui ne reconnaît d'autre agent provocateur que le froid. Cette pleurésie, traquée de tous côtés, doit-elle disparaître à tout jamais du cadre nosologique, après y avoir occupé une situation dominante? Faut-il la rayer définitivement ou lui réserver encore une place modeste? l'avenir nous le dira.

Abordons maintenant un autre côté de la question. La pleurésie aiguë, dite *a frigore*, « qui n'a pas fait sa preuve » étant une pleurésie tuberculeuse, comment expliquer qu'elle guérisse assez souvent sans laisser aucune trace de son passage? C'est même cette curabilité qui avait été le principal argument qu'on invoquait contre la tuberculose. A cela nous répondrons que, si ces pleurésies guérissent, cela ne veut pas dire qu'elles ne soient pas tuberculeuses. Les pleurésies tuberculeuses sont parfois des tuberculoses locales de la plèvre (pleuro-tuberculose primitive), comme dans l'observation que je viens de vous citer; la plèvre seule est atteinte, le poumon est indemne, le reste de l'organisme est sain; la séreuse étant bien armée pour la défense, il n'est donc pas surprenant que la pleurésie guérisse sans que l'infection se porte ailleurs.

Du reste cette curabilité n'est pas seulement spéciale à la tuberculose de la plèvre; d'autres séreuses ont le même privilège. La tuberculose des synoviales articulaires, depuis la simple arthrite jusqu'au pseudo-rhumatisme tuberculeux, guérit assez souvent. La tuberculose du péricarde est dans le même cas, M. Rendu¹ vient d'en publier une observation. On ne compte plus les cas de guérison de tuberculose péritonéale, surtout la forme ascitique. Les ascites, autrefois cataloguées sous la rubrique d'ascite essentielle ou *a frigore*, sont certainement des péritonites tuberculeuses atténuées facilement curables; les unes guérissent médicalement

1. Rendu. *Société médicale des hôpitaux*, 22 mars 1901.

sans le secours de l'intervention chirurgicale, les autres guérissent après simple ponction avec ou sans injections consécutives; il en est qui guérissent après laparotomie. La guérison d'une de ces ascites fit grand bruit autrefois: le 20 mars 1840, à une époque où nul n'osait toucher au péritoine, mon oncle Paul Dieulafoy¹, professeur de clinique chirurgicale à Toulouse, eut la hardiesse, le premier, de faire une injection de teinture d'iode dans la cavité péritonéale vidée de son liquide; cette opération fut suivie de succès, et depuis cette époque les faits se sont multipliés.

Cette curabilité s'observe encore dans la tuberculose simultanée de la plèvre et du péritoine, tuberculose pleuro-péritonéale bien étudiée par M. Fernet². Je voyais l'an dernier, avec M. Labadie-Lagrave, une jeune femme atteinte de cette forme de tuberculose pleuro-péritonéale; l'épanchement péritonéal était très abondant, et l'épanchement pleural avait envahi la moitié de la cavité de la plèvre; l'amaigrissement était rapide, l'état général périlait, seul l'appétit était conservé. Entre autres médications nous avons fait usage d'injections hypodermiques de cacodylate de soude. Au bout de six semaines, les symptômes se sont peu à peu amendés, le liquide péritonéal et le liquide pleural ont progressivement disparu, la malade a complètement guéri, et la guérison ne s'est pas démentie.

La pleurésie tuberculeuse est donc parfaitement curable, on peut même dire qu'elle est parfois d'une réelle bénignité. M. Péron, qui a étudié cette question au point de vue anatomique et expérimental, arrive aux mêmes conclusions: « Dans la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, qui revêt l'allure clinique de la tuberculose dite franche aiguë, l'infection bacillaire est à son minimum; l'ensemble des réactions organiques est considérable³. »

1. Paul Dieulafoy. Ascite traitée par l'injection iodée. *Académie de médecine*, 27 janvier 1846. — *Bulletin de l'Académie*, t. II, p. 423.

2. Fernet. Tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë. *Société médicale des hôpitaux*, 8 février 1884.

3. Péron. *Thèse de Paris*, 1895.

La curabilité de la pleurésie tuberculeuse me suggère quelques réflexions dont je vais vous faire part.

Depuis l'époque lointaine où j'ai fait connaître l'*aspirateur*¹ et la méthode *aspiratrice*, j'ai pratiqué ou fait pratiquer dans mes différents services hospitaliers un nombre considérable de thoracentèses par aspiration, et pendant plusieurs années mes internes ont publié le bilan détaillé de nos pleurésies ponctionnées². Grâce à ces documents, il m'est permis d'affirmer que tout épanchement tuberculeux de la plèvre, que la pleurésie soit primitive ou secondaire, est susceptible de guérir par aspiration. Je vais même plus loin, et je dis qu'avec des ponctions aspiratrices bien faites, la guérison est presque la règle, surtout dans la pleurésie tuberculeuse d'apparence primitive.

Mais quand nous parlons de guérison de la pleurésie tuberculeuse, ce n'est pas en réalité à la plèvre que s'arrête notre pensée: la pleurésie une fois guérie, qu'advient-il plus tard des poumons? le malade est-il destiné à devenir plus tard un tuberculeux? Tout est là; voilà le nœud de la question. A cela, il est assez difficile de répondre; on a dit avec juste raison que la guérison définitive, sans reliquats, est surtout l'apanage des pleuro-tuberculoses primitives, à localisation purement pleurale, le poumon étant indemne. C'est vrai; mais comment affirmer que le poumon est absolument indemne chez un individu atteint de pleuro-tuberculose d'apparence primitive? Ne savons-nous pas, Potain nous l'a appris, que la pleurésie aiguë est souvent accompagnée d'une poussée fluxionnaire du poumon? Quelle est la nature de cette pleuro-congestion? Un tout petit foyer de tuberculose peut exister au poumon à l'état latent, sans se démasquer par le moindre symptôme, et ce foyer ignoré peut devenir à un moment donné l'origine d'une explosion

1. *Académie de médecine*, séance du 2 novembre 1869. Dieulafoy. *Traité de l'aspiration des liquides morbides*. Paris, 1873.

2. Pleurésies avec épanchement observées dans le service de M. Dieulafoy à l'hôpital Saint-Antoine. *Archives générales de médecine*. — Binet, avril 1884. — Barbe, mai 1885. — Ribail, août 1886. — Legrand, septembre 1887. — Jeanton, novembre 1888.

tuberculeuse. C'est ainsi qu'une granulie pulmonaire rapidement mortelle peut revêtir les apparences d'une maladie primitive, alors qu'elle est consécutive (l'autopsie le démontre) à un petit foyer tuberculeux qui avait évolué jusque-là sournoisement.

Même réflexion pour la pleurésie tuberculeuse. Un individu est pris en bonne santé d'une pleurésie franchement aiguë : le cyto-diagnostic (lymphocytose pleurale) a démontré que cette pleurésie est tuberculeuse; tout plaide en faveur d'une pleuro-tuberculose primitive et locale; l'examen le plus minutieux, y compris le schéma de M. Grancher, ne décèle pas de lésions pulmonaires. Et cependant cette pleuro-tuberculose, en apparence primitive, peut fort bien être consécutive à un tout petit foyer pulmonaire qui a commencé la pleèvre, et qui avait évolué jusque-là insidieusement. Vous en avez la preuve dans les observations que je vous ai citées plus haut. Le malade de M. Landouzy est pris en pleine santé d'une pleurésie tuberculeuse aiguë d'apparence primitive, il meurt subitement, et à l'autopsie on trouve un petit foyer pulmonaire, cause de tout le mal. Mes deux malades, qui sont morts subitement, avaient été pris, l'un et l'autre, étant bien portants, d'une pleurésie tuberculeuse aiguë d'apparence primitive, et à l'autopsie nous trouvions un tout petit foyer pulmonaire, origine de l'infection tuberculeuse pleurale.

Tout ceci prouve que la pleuro-tuberculose réellement primitive, celle qui n'est associée à aucune lésion préexistante du poumon, et la pleuro-tuberculose qui a été commencée par un tout petit foyer pulmonaire jusqu'alors latent, peuvent revêtir l'une et l'autre les allures de la pleurésie franche dite *a frigore*. Dans bien des cas il ne sera pas possible de les distinguer; cliniquement, elles peuvent n'offrir aucune différence, et le cyto-diagnostic les confond dans une même formule cellulaire, ainsi que nous l'avons constaté chez le pleurétique du n° 21 de notre salle Saint-Christophe; ce sont des pleurésies à lymphocytes et globules rouges.

Toutefois, ces deux variétés de pleurésies tuberculeuses

ne sont pas comparables comme pronostic; l'une est moins grave que l'autre. Avec une pleurésie tuberculeuse primitive, on peut avoir la bonne chance que la lésion pleurale guérisse sans se généraliser au poumon ou ailleurs. Mais si le poumon était déjà adultéré, pour si minime que soit la lésion, les chances sont moindres pour l'avenir, car il s'agit alors de guérir une double tuberculose, celle de la plèvre et celle du poumon. Le pronostic des pleurésies tuberculeuses aiguës à longue échéance est, on le voit, assez incertain.

Bien que la pleuro-tuberculose aiguë soit peu redoutable pendant sa phase initiale, ne vous fiez pas outre mesure à sa bénignité relative. A ce sujet, je ne crois pas inutile de vous présenter quelques considérations thérapeutiques.

La pleuro-tuberculose aiguë est généralement une pleurésie à grand épanchement. Peut-être cet épanchement est-il un mode de défense; peut-être le poumon refoulé et tassé par l'épanchement a-t-il moins de tendance à se laisser envahir par la tuberculose pleurale. Je n'oserais l'affirmer. Si cette hypothèse était réelle, il y aurait avantage à ne pas pratiquer trop hâtivement la thoracentèse. Mais, d'autre part, on sait combien il est redoutable de laisser s'accumuler dans la plèvre une trop grande quantité de liquide; la mort subite peut en être la conséquence, quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer cette mort subite.

Dans une communication à l'Académie de médecine¹ sur le traitement de la pleurésie, j'ai insisté sur la fréquence de ce terrible accident; il m'a été facile d'en réunir une quarantaine d'observations, et ces catastrophes, nous ne les connaissons pas toutes, il s'en faut, car la plupart ne sont pas publiées; que serait-ce si on pouvait en dresser la liste complète! En analysant ces observations on dirait qu'elles sont la plupart calquées les unes sur les autres; on y voit à chaque instant que le malade qui a succombé subitement était atteint d'un épanchement qui ne déterminait qu'une dyspnée *insignifiante*, si insignifiante que, dans bien des cas,

1. Académie de médecine. Séance du 12 avril 1892.

la thoracentèse était rejetée, ou imprudemment renvoyée au lendemain.

Au risque de me répéter, et de revenir une fois de plus sur une question dont l'importance est dominante, n'oubliez pas que la dyspnée est un signe infidèle et un guide trompeur quand il s'agit de déterminer l'urgence de la thoracentèse; c'est la quantité du liquide épanché qui seule doit nous guider. On ne meurt pas subitement avec un épanchement inférieur à 1.500 grammes (ou du moins c'est la très grande exception), tandis qu'on peut mourir subitement avec un épanchement plus considérable. Il faut donc savoir évaluer assez approximativement la quantité du liquide épanché, ce qui est assez facile¹ grâce aux renseignements fournis par la percussion, par l'auscultation et par le déplacement des organes, le cœur notamment dans la pleurésie gauche. L'épreuve radiographique est loin de nous donner des renseignements aussi précis. Une fois renseigné, on agit en conséquence et on pratique d'urgence la thoracentèse, en ayant soin de ne jamais retirer plus d'un litre en une séance, ce qui met à l'abri de tout accident ou de tout incident.

Autre question qui a également son importance. Sachez qu'au cas de pleurésie tuberculeuse aiguë, le liquide pleural peut se reformer rapidement et abondamment, alors qu'il semblait avoir été épuisé par la thoracentèse. J'ai constaté que cette reproduction rapide et tenace du liquide est beaucoup moindre dans les pleurésies infectieuses aiguës qui ne sont pas tuberculeuses. Il m'est arrivé plusieurs fois, chez des malades atteints de pleurésie tuberculeuse aiguë, de retirer en deux ou trois ponctions deux et trois litres de liquide séro-fibrineux; l'épanchement était momentanément tari, les signes de l'épanchement étaient remplacés par des frottements, le malade se considérait comme guéri, et voilà qu'insidieusement, sans fièvre, sans dyspnée, sans douleur, le liquide pleural se reformait au point d'atteindre en quelques jours un litre et demi, deux litres et au delà.

1. J'ai traité cette question en détail dans mon *Manuel de pathologie*, 43^e édition, volume I, p. 478.

Voyez quelles peuvent en être les conséquences : vous avez pratiqué la ponction en temps voulu, vous avez mis votre malade à l'abri de tout danger, il est même en si bon état que vous jugez inutile de l'examiner tous les jours, vous espacez les auscultations; trompeuse sécurité, car le liquide pleural a pu se reformer, le malade meurt subitement, et à l'autopsie vous trouvez un grand épanchement cause de la mort. En voulez-vous des exemples? Un des malades de mon service, dont l'observation a été rapportée par mon interne, M. Legrand, avait été ponctionné trois fois; il se trouvait fort amélioré, il mangeait de bon appétit, il était sans fièvre, sans dyspnée, bien que le liquide continuât à se reformer; on ne juge plus utile de l'examiner tous les jours et cet homme meurt subitement; à l'autopsie nous trouvons un grand épanchement. Le malade de M. Widal avait été ponctionné, on avait retiré près de deux litres de liquide, une amélioration notable en avait été la conséquence, mais l'épanchement, qui semblait tari, se reforme rapidement, et trois jours plus tard ce garçon meurt subitement. A l'autopsie on trouve un grand épanchement et les lésions tuberculeuses signalées plus haut.

Méfiez-vous donc de la pleurésie tuberculeuse aiguë; c'est une maladie à surprises, sa marche est insidieuse, et l'irrégularité de ses allures ne constitue pas le côté le moins intéressant de son histoire. Habituez-vous à évaluer la quantité du liquide épanché, et pratiquez la thoracentèse si elle vous paraît urgente. Continuez à surveiller votre malade, même si la phase aiguë vous paraît terminée, examinez-le tous les jours, et n'oubliez pas que l'épanchement que vous avez évacué peut se reformer rapidement, et préparer une mort subite, si vous n'avez paré le coup.

Je viens de vous faire mes recommandations pour la phase active de la pleurésie tuberculeuse aiguë. Là ne s'arrête pas le traitement. Votre pleurétique est entré en convalescence, mais sous les apparences de la santé qui revient, se cache la lésion tuberculeuse de la plèvre. Quel avenir est réservé à cette pleurésie tuberculeuse? est-elle destinée à guérir sans laisser de reliquat, ou bien n'est-elle que la

première étape d'une infection tuberculeuse qui, à échéance plus ou moins éloignée, se portera au poumon ou ailleurs ? Au moment où la pleuro-tuberculose a éclaté, le poumon était-il indemne ou ne recélait-il pas un foyer latent ? Nous n'en savons rien ; mais en tout cas nous savons que le malade est entaché de tuberculose et nous devons le placer dans les meilleures conditions thérapeutiques et hygiéniques. Voici comment :

Tout individu convalescent d'une pleurésie aiguë tuberculeuse doit se soigner longtemps, alors même qu'il se considérerait comme guéri après la phase active de sa pleurésie. L'infection tuberculeuse le guette. C'est surtout à l'hygiène que vous devez vous adresser. Votre malade doit éviter toute cause de surmenage et de déperdition des forces. L'alimentation sera substantielle et variée ; on choisira les aliments et les boissons qui excitent l'appétit. En fait de résidence, on donnera la préférence à un climat d'altitude, et on s'habitue à la vie au grand air. Tous les exercices sont permis, à la condition qu'ils n'aboutissent jamais à la fatigue.

En fait de médicaments toniques et reconstituants, vous prescrirez l'huile de foie de morue à dose croissante, 40 à 200 grammes par jour, si elle est facilement tolérée ; bien des malades avalent sans sourciller un grand verre d'huile de foie de morue avant les repas. Pour la rendre moins désagréable on la fait rafraîchir en plongeant le verre dans la glace. Vous avez vu plusieurs fois dans notre service des guérisons étonnantes de scrofulo-tuberculose par cette médication puissante.

Aux personnes qui ne supportent pas bien l'huile de foie de morue conseillez les aliments gras ; la crème de lait et les tartines de beurre. Certains hors-d'œuvres, huîtres, caviar, sardines à l'huile, thon mariné, poissons et viandes fumées, doivent faire partie de l'alimentation. Vous pourrez recourir à la viande crue et au suc musculaire qui ont été utilisés efficacement dans le traitement de la tuberculose (Richet et Héricourt, Josias et Roux). Les bons effets de ce régime « ne résident pas dans un phénomène de suralimentation

pur et simple mais ils reposent sur une qualité particulière antituberculeuse de l'aliment »¹.

Donnez avant les repas, dans un petit verre d'eau ou de vin, 30 gouttes d'une préparation composée en parties égales de teintures de kola, de coca et de quinquina. Pratiquez des injections de cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes, quinze jours de suite, tous les mois, pendant plusieurs mois ; l'efficacité de cette médication n'est plus à démontrer, elle a fait ses preuves. Que votre malade se surveille de près et qu'il évite les causes de refroidissement. Il faut des années avant qu'on puisse le considérer à l'abri de toute atteinte de tuberculose.

¹. Cornil et Chantemesse. *Congrès britannique de la tuberculose*, 22 juillet 1901.