

avons vu des enfants porteurs d'épanchements importants et ne donnant aucun signe de gêne respiratoire. La toux manque complètement ou ne se manifeste que quand le malade change de position. *L'enfant ne se plaint*

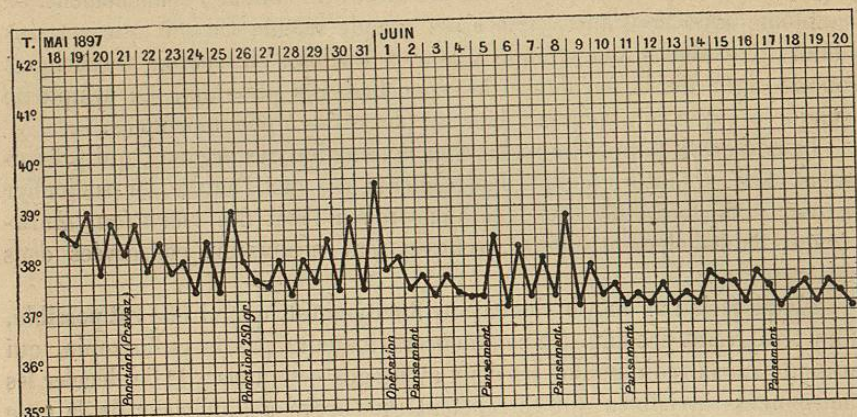


Fig. 8.

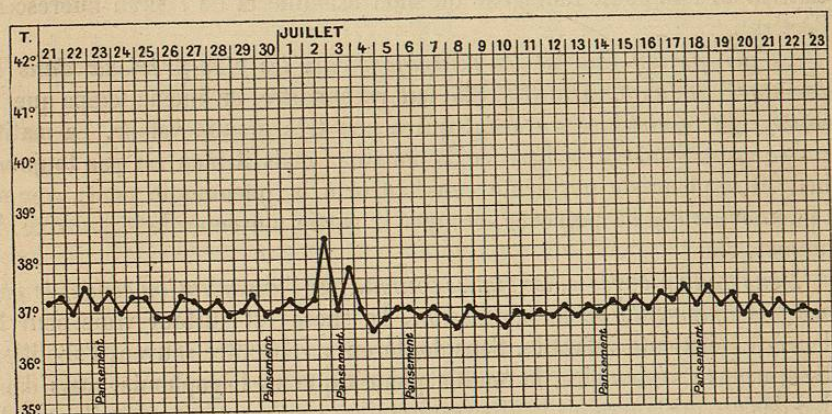


Fig. 9.

Pleurésie purulente interlobaire métapneumonique. — Guérison par la thorcotomie sans lavage.

qu'exceptionnellement de souffrir du côté. En revanche il est très fréquent de noter une sensibilité parfois très vive à la percussion du côté lésé. Dans les épanchements du côté gauche surtout, on note souvent des troubles fonctionnels relevant du cœur, palpitations, petitesse et fréquence du pouls, cyanose.

Il convient de s'arrêter davantage sur les *renseignements fournis par la température*. Nous avons vu que celle-ci est ordinairement plus élevée au moment où se développe la pleurésie. *La persistance de la fièvre au delà du terme habituel de la pneumonie franche, le retour de phénomènes fébriles quelques jours après la défervescence régulière de la maladie sont des symptômes d'une haute valeur et qui sauront éveiller l'attention du*

médecin. Mais il ne faudrait pas s'imaginer que l'élévation de la température persiste indéfiniment, que l'on aura affaire à cette fièvre presque intermittente à exacerbations vespérales qui se voit d'ordinaire dans les diverses manifestations pyohémiques. *La fièvre de la pleurésie purulente pneumo-*

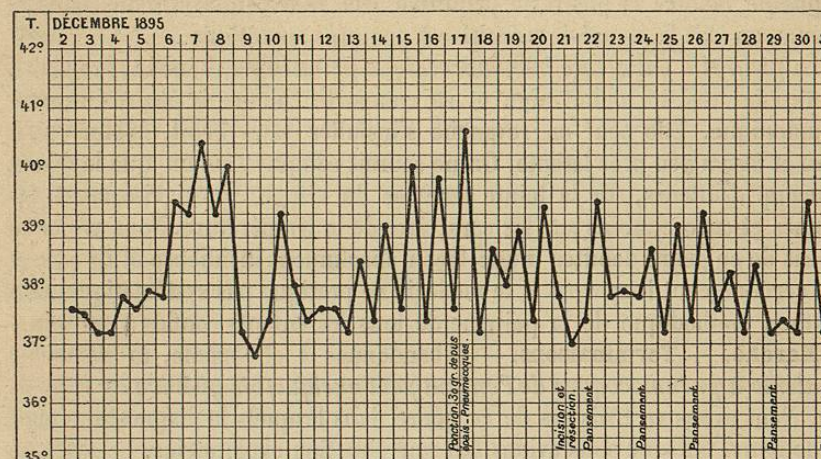


Fig. 10. — Pleurésie purulente à pneumocoques. — Incision et résection. — Guérison.

coccique est plus ordinairement continue qu'intermittente. Mais, et cela est bien plus important encore, la fièvre peut manquer absolument et la

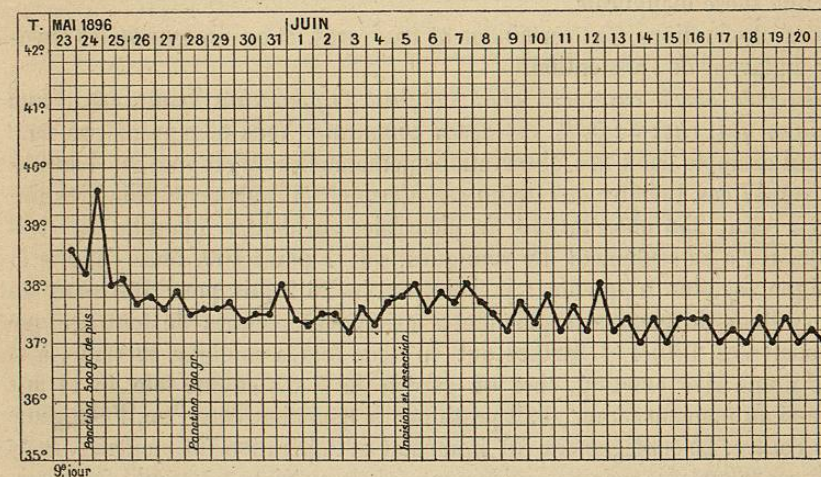


Fig. 11. — Pleurésie purulente à pneumocoques primitive. — Ponction puis incision et résection. Pas de lavages. — Guérison.

pleurésie purulente à pneumocoques peut être et demeurer fort longtemps apyrétique, ainsi que Sevestre l'a établi dès 1872.

Nous avons placé dans le cours de ce chapitre un certain nombre de tracés recueillis chez nos malades, qui établissent la diversité d'allure de la fièvre dans la pleurésie purulente à pneumocoques.

Le premier tracé se rapporte à une pleurésie nettement métapneumonique. Le second à une pleurésie parapneumonique. Le troisième à une pleurésie à pneumocoques primitive avec fièvre irrégulière assez élevée. Le quatrième à une pleurésie métapneumonique avec température modérée. Le cinquième montre la pleurésie primitive avec fièvre intermittente. Dans le sixième, on voit la pleurésie primitive à peu près apyrétique.

La pleurésie purulente pneumococcique primitive a, dans le plus grand nombre des cas, un début aigu et se comporte comme la pleurésie métapneumonique. Elle peut en revanche s'installer sans bruit, évoluer sans fièvre et être à peu près latente. On ne saurait compter, autant que le disent beaucoup d'auteurs, sur la teinte terreuse du visage, l'amaigrissement, les œdèmes et encore moins sur les caractères de la température. Nous avons vu des cas de ce genre débiter d'une façon absolument insidieuse et ils passeront certainement inaperçus si le médecin ne pratique pas systématiquement l'examen méthodique de la poitrine de tous les enfants confiés à ses soins.

Marche. — Terminaisons. — Abandonnée à elle-même, la pleurésie purulente à pneumocoques de l'enfant peut quelquefois guérir par résorption. Nous avons vu trois cas de ce genre dans lesquels le diagnostic n'était pas douteux, puisque nous avons fait une ponction exploratrice. Le cas, cité par Israël, d'un enfant de 10 ans guéri dans des conditions analogues, se rapporte aussi sans doute à une pleurésie purulente à pneumocoques. Citons encore un cas de Doerfler¹ chez un enfant de 4 ans, un de Carmichaël² chez un enfant de 8 ans. Notre élève le D^r Schwartzchild³ a consacré à cette question une thèse inaugurale.

Ces observations sont certainement très rares, et on ne saurait les invoquer en faveur de l'abstention.

On note assez rarement chez l'enfant l'apparition spontanée d'une vomique qui, chez l'adulte, est assez commune. Nous n'en avons pas noté un seul exemple dans nos observations personnelles. West en a vu 4 exemples sur 47 cas. Goodlee en cite un cas. Carmichaël également. Mlle Finkelnstein a réuni 256 observations de pleurésies purulentes infantiles sur lesquelles il y a eu seulement 18 vomiques, soit 7 pour 100. Chez l'adulte la vomique est plus fréquente : je l'ai trouvée 26,2 fois pour 100 dans les observations de pleurésies purulentes métapneumoniques de tout âge que j'ai analysées. Rilliet et Barthez ont vu deux fois la vomique survenir, à la suite d'une vive émotion, chez un garçon de 6 ans et une fille de 11 ans et demi au moment où on allait pratiquer la ponction chez l'un, l'empyème chez l'autre. Le soulagement fut immédiat et l'opération fut ajournée. Dans les 2 cas la maladie marcha rapidement vers la guérison sans qu'il fut nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale. La vomique apparut en général au bout d'un mois ou deux après le début de la maladie, du quinzième au vingtième jour de la formation du pus. La vraie vomique, c'est-à-dire l'expulsion d'une grande quantité de pus, est plus rare chez l'enfant. Plus

(¹) DOERFLER. Beitrag zur Empyem Behandlung. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1892.

(²) GOODLEE. Lectures on the surgical treatment of empyema. *Lancet*, 1886.

(³) SCHWARTZCHILD. Thèse de Paris, 1905.

souvent l'expectoration se fait sous forme de crachats, par suite de l'étranglement de la perforation. L'évacuation du pus par les bronches peut passer inaperçue, étant donnée l'habitude des enfants d'avaler leurs crachats. Leichtenstern¹ pense que, dans les cas de pleurésie guéris spontanément par résorption, il s'agit en réalité de vomiques méconnues. Cabot conteste cette interprétation².

La vomique chez l'enfant ne s'accompagne pas ordinairement de la production d'un pneumothorax. Sur 25 perforations pulmonaires chez l'enfant, Mlle Finkelnstein a noté le pneumothorax 8 fois. La cavité se vide sans que l'air y rentre pour remplacer le liquide. Cette particularité tient à la forme, à la situation de l'orifice et à la flexibilité des côtes. La perforation pulmonaire est souvent suivie de guérison. Mais celle-ci peut être lente à se produire. Il peut y avoir pénétration d'air, transformation putride du liquide purulent.

L'épanchement pleurétique se porte plus souvent encore vers la paroi thoracique. Simmonds a relevé 26 cas de ce genre : 17 fois le pus s'était dirigé en avant, 7 fois vers l'aisselle, 2 fois vers le dos. En avant la saillie apparaît en général au-dessous du sein. On voit d'abord se produire du côté malade une tumeur œdémateuse mal limitée. Au bout de quelques jours, au niveau d'un espace intercostal qui se dilate, apparaît une tumeur circonscrite qui devient rouge, luisante et fluctuante. Dans des cas très rares (observation d'Aran), la tumeur peut être animée de battements (empyème pulsatile). On donne à ces saillies le nom d'empyème de nécessité. Abandonnée à elle-même, la collection s'ouvre parfois au dehors sans intervention chirurgicale, après 2 ou 3 jours. Considéré jadis comme un heureux événement, cet empyème de nécessité est aujourd'hui redouté et les interventions désormais plus précoces préviennent son apparition. Si dans un petit nombre de cas on obtenait la guérison après une évacuation du liquide, ordinairement l'écoulement persistait. Dans des cas exceptionnels le pus se dirige dans l'abdomen, détermine une péritonite ou fuse le long de la colonne vertébrale et arrive à la région lombaire, à l'arcade crurale, à la cuisse, au scrotum, etc. La migration des abcès était autrefois très commune. West l'a notée 25 fois sur 47 cas.

L'ouverture ne se fait presque jamais vers la partie la plus basse de la cavité pleurale. Il en résulte que la cavité continue à être à moitié pleine, que la plaie reste fistuleuse. L'air qui entre de l'extérieur empêche le poumon de se dilater pendant l'inspiration. Il passe à l'état de carnification. Les adhérences pleurales le resserrent de plus en plus, les exsudations membraneuses l'enveloppent de couches toujours plus épaisses jusqu'à ce qu'il devienne absolument imperméable. En même temps la pression atmosphérique du dehors s'exerce chaque jour de plus en plus du côté malade et produit en peu de temps une difformité des parois de la poitrine très considérable et trop souvent irrémédiable.

Le mal ne s'arrête pas là. L'ulcération de la plèvre pariétale ne correspond

(¹) LEICHTENSTERN. Die Krankheiten der Pleura. *Handbuch der Kinderkrankheiten*, Gerhardt.

(²) CABOT. Empyema. *Cyclopedia of the diseases of children* de Keating.

pas exactement à l'ouverture des téguments. Il existe un trajet fistuleux souvent très étendu, à parois épaisses, dures, sécrétant du pus pour leur compte. Il arrive quelquefois que ces fistules ne se cicatrisent pas même après que la cavité de l'empyème s'est complètement vidée et que sa communication avec le trajet de la fistule est complètement fermée.

Souvent les côtes, mises à nu, se nécrosent.

En 4 années, Audion et Bourgeois ont recueilli 7 observations d'empyème de nécessité chez l'enfant.

Variétés. — *La pleurésie purulente à pneumocoques peut occuper tout ou partie de la grande cavité pleurale ou être limitée à un espace interlobaire.* Ces conditions, on le conçoit, ont leur intérêt au point de vue des signes diagnostiques. Elles s'expliquent fort aisément si l'on tient compte des deux points suivants. *La pleurésie, le plus souvent consécutive à une pneumonie, débute et présente des lésions prédominantes au niveau de la partie du poumon affectée par la pneumonie.* On comprend ainsi la fréquence relative des pleurésies du sommet, dont nous avons rencontré un cas des plus nets. L'exsudat pneumococcique est mélangé de fausses membranes fibrino-purulentes nombreuses et très épaisses, parfois les membranes se prêtent fort bien à l'enkystement du liquide. *La pleurésie purulente à pneumocoques peut ainsi être suspendue au milieu de la cavité pleurale et respecter en totalité ou en partie la base.* Il est donc indispensable, avant de ponctionner, de bien rechercher le point où les signes d'épanchement sont les plus marqués. *Dans la pleurésie à pneumocoques plus encore que dans les autres, il faudra se pénétrer de la notion que l'idée ancienne d'un siège d'élection pour l'intervention doit être abandonnée et qu'il est nécessaire de se guider pour ce choix sur les signes présentés par chaque malade.*

L'épanchement peut être à peu près absolument limité à un espace interlobaire. Dans ce cas, les signes physiques classiques feront défaut, pour la plupart. Le diagnostic n'est parfois possible qu'après production d'une vomique. Habituellement cependant, la collection purulente s'écarte en un point les deux bords de la scissure et se met en communication ainsi avec la cage thoracique. Il en a été ainsi chez une de nos malades, la plaque de matité correspondante au point de contact n'avait pas une étendue supérieure à une pièce de 2 francs. Partout ailleurs, la percussion donnait un son normal et les bruits respiratoires n'étaient pas altérés. L'épanchement était cependant assez important pour refouler le cœur du côté droit. L'incision pratiquée sur la zone mate permit d'atteindre directement la collection purulente et d'obtenir une évacuation de pus importante. Il fut possible au chirurgien de vérifier par le toucher toutes les particularités topographiques qui avaient été annoncées avant l'intervention. Nous avons observé un cas de pleurésie purulente à pneumocoques occupant le sommet de la poitrine, et il existe un certain nombre de faits de ce genre. Les symptômes sont dans ce cas les symptômes classiques des épanchements limités au sommet.

Les épanchements purulents peuvent occuper une partie de la région médiastine. En pareil cas, le développement se faisant du côté du médiastin,

les seuls symptômes relevés indiquent le refoulement et l'aplatissement des organes : dyspnée, accès d'oppression, tirage et cornage, toux coqueluchoïde, altération de la voix, dysphagie, altération du larynx et de la trachée (Dieulafoy).

Nous avons envisagé les cas d'épanchements pleurétiques circonscrits. Ils sont très fréquents dans la pleurésie purulente à pneumocoques, mais ils ne sont pas les seuls ni même les plus communs, et on ne saurait, comme l'ont voulu quelques auteurs, expliquer la bénignité des pleurésies pneumococciques infantiles par leur caractère circonscrit. Nous n'avons rencontré que 4 pleurésies méritant cette épithète, sur les 17 cas traités par nous. De même Goodlee a vu 8 épanchements circonscrits sur 40 cas, chiffre sensiblement semblable au nôtre.

Le pneumocoque peut engendrer des pleurésies purulentes à caractère plus généralisé, et il existe un certain nombre de faits de *pleurésies purulentes infantiles doubles* dues à ce microbe. Signalée par divers auteurs¹, la pleurésie purulente bilatérale a été l'objet d'un travail intéressant de Sutherland², qui a rapporté 4 observations personnelles et analysé 21 observations de pleurésies bilatérales dont 17 recueillies chez des enfants. Ces pleurésies appartiennent bien à la classe des pleurésies pneumococciques, car 14 étaient consécutives à une pneumonie lobaire (67 pour 100).

L'histoire de ces petits malades se présente ordinairement de la façon suivante. L'enfant a été soigné pour une pneumonie grave. Il n'a jamais été complètement guéri. Un mois après et souvent plus tard on constate l'existence d'un épanchement des deux côtés de la poitrine. En raison de la dyspnée, l'intervention se fait immédiatement d'un côté, et bientôt une intervention s'impose de l'autre. En pareilles circonstances les médecins ont tenu, suivant les cas, des conduites différentes. Les uns ont laissé plusieurs jours s'écouler avant d'intervenir de l'autre côté. Les autres ont pratiqué l'intervention à très courte distance : 1 fois 2 jours, 2 fois 4 jours, 1 fois 5 jours, 2 fois 7 jours.

La pleurésie purulente bilatérale à pneumocoques n'est pas exceptionnelle, surtout si l'on tient compte des faits découverts à l'autopsie. L'infection pneumococcique généralisée détermine d'ordinaire des lésions des deux plèvres et nous avons vu des faits de ce genre. Mais en pareil cas les altérations n'ont pas évolué assez longtemps pour donner naissance à des symptômes appréciables pendant la vie. Aussi la pleurésie double a-t-elle été assez rarement diagnostiquée du vivant des malades. Nous en avons rencontré trois exemples en 1898, 1899 et 1902. Il s'agissait dans deux cas de nourrissons, et l'on a noté la fréquence relative des pleurésies doubles de cet âge. Batten³, qui rapporte l'histoire de 40 enfants traités en un an pour une pleurésie

⁽¹⁾ CLOR BEY, en 1854 (*Annales de médecine physiologique*), cite l'observation d'un jeune Arabe auquel il ouvrit successivement la plèvre gauche puis la plèvre droite à un mois d'intervalle. Ce malade guérit. La date à laquelle remonte la publication de cette observation mérite d'être soulignée. — SANGSTER a publié dans le *Lancet*, en 1880, un cas suivi de guérison. — HUBER, dans les *Archives of Pediatrics*, rapporte 2 observations personnelles et 12 cas publiés, 1889. — KEUGH en publie 2 personnels en 1892, *Lancet*.

⁽²⁾ SUTHERLAND. Double Empyema. *Lancet*, 1894.

⁽³⁾ BATTEN. On Empyema in childhood. *Lancet*, 2 juin 1894.

purulente à Londres, a noté 8 pleurésies purulentes doubles, chiffre certainement très élevé. Beck¹, de New-York, qui a traité 121 cas de pyothorax dont le plus grand nombre se rapportaient à des enfants, n'a vu que 4 pleurésies doubles, proportion qui me paraît correspondre davantage à ce qui se voit ordinairement.

Diagnostic. — *Le diagnostic de la pleurésie purulente infantile est très important, car d'une intervention précise et opportune dépend la prompt guérison d'un sujet qui, dans le cas contraire, est exposé à devenir un infirme et même parfois à mourir dans un court espace de temps.*

Les erreurs de diagnostic ne sont pas rares, et tous les auteurs qui ont traité cette question citent des observations nombreuses dans lesquelles un enfant a gardé un épanchement pendant des mois et des années sans que les parents aient appelé un médecin ou sans que celui-ci ait reconnu l'affection. La pleurésie purulente infantile peut rester latente. On peut la confondre avec une pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la dilatation bronchique, etc.

Une première condition indispensable est que l'esprit du médecin soit toujours prévenu de la possibilité de pareilles confusions et, de plus, qu'il soit bien fixé sur la valeur des principaux signes. *Le plus important de ces signes, c'est incontestablement la matité absolue avec abolition de toute élasticité au doigt.* Ce signe est, à notre avis, pathognomonique. Il indique l'endroit où le médecin ou le chirurgien devront intervenir. *Il est très commun de ne le constater qu'en un espace très circonscrit; à ce niveau, le liquide affleure la face interne de la paroi thoracique.* On ne trouve une sensation analogue ni dans la pneumonie, ni dans la tuberculose. Il va sans dire que l'on devra rechercher les autres signes, aussi bien ceux que fournit l'auscultation que l'exploration du cœur ou du foie et les troubles fonctionnels : mais ces derniers signes peuvent tous manquer, et même avec des épanchements d'une notable importance.

Les principales affections avec lesquelles le diagnostic de la pleurésie purulente infantile peut prêter à des difficultés sont : la pleurésie séro-fibrineuse, le pneumothorax, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la tuberculose pulmonaire, les tumeurs du médiastin, la péricardite. Wilks², dès 1879, a formulé la proposition suivante dont on ne saurait trop se pénétrer : *Toutes les fois qu'à la suite d'une maladie aiguë de la poitrine on constate de la matité avec abolition du murmure vésiculaire et souffle éloigné, on devra soupçonner l'existence d'une pleurésie purulente, et cela quel que soit le diagnostic porté pour la maladie de la poitrine, et surtout si l'on a parlé de pneumonie.* On pourrait dire à la suite d'une maladie aiguë. Trois de nos petits malades nous sont arrivés ayant été traités en ville pour une fièvre muqueuse dont ils auraient guéri. Il s'agissait évidemment ici de pneumonies méconnues.

Hood³, en 1888, revenant à son tour sur la fréquence des pleurésies purulentes après une pneumonie, cite l'histoire de trois enfants et d'un ado-

⁽¹⁾ Beck. Pyothorax and its treatment. *Medical Record*, 19 mai 1894.

⁽²⁾ WILKS. Local Empyema. *Brit. med. Journ.*, 21 juin 1879.

⁽³⁾ Hood. Empyema following pneumonia. *Brit. med. Journ.*, 19 mai 1878.

lescent qui avaient eu une pneumonie et qui, après disparition de la fièvre et des troubles généraux, ne conservaient qu'un peu de matité. Ces malades présentaient des *quintes de toux paroxystiques analogues à celles de la coqueluche*. Il attache la plus grande valeur à ce symptôme, qu'il considère comme à peu près pathognomonique de l'existence d'un épanchement purulent. L'évacuation du liquide amène toujours la disparition de cette toux.

Le diagnostic différentiel entre la pleurésie purulente et la pleurésie séro-fibrineuse est-il possible chez l'enfant? Divers auteurs, et en particulier Verliac, pensent qu'une pleurésie ancienne chez l'enfant est sûrement purulente, la pleurésie séro-fibrineuse étant toujours aiguë et de courte durée. Cette opinion est erronée. Il y a des pleurésies séro-fibrineuses chroniques chez l'enfant. L'élévation de la température ne saurait servir. Nous avons vu que, dans la pleurésie purulente pneumococcique, la température peut se comporter des façons les plus diverses. On ne saurait faire fond ni sur l'œdème ni sur la pectoriloquie aphone.

On pensera à une pleurésie purulente quand il s'agira d'enfants de moins de 5 ans, la pleurésie, à cet âge, étant exceptionnellement séreuse, et quand la maladie aura succédé à une pneumonie. La pleurésie sera sans doute séro-fibrineuse chez les enfants de plus de 10 ans et dans les cas de tuberculose pulmonaire avérée, de rhumatisme aigu, d'affection cardiaque. Mais ce ne sera jamais qu'un diagnostic de probabilité.

C'est à la ponction exploratrice qu'il conviendra toujours de demander d'assurer définitivement le diagnostic. Nous employons de préférence, dans ces cas, la seringue de Pravaz du modèle de Straus, avec les aiguilles ordinaires. Il n'y a généralement pas de nécessité à employer des aiguilles plus longues lorsqu'il existe une matité très appréciable. L'aiguille ne devra être enfoncée que progressivement, et l'on commencera l'aspiration dès que l'on aura la sensation d'avoir traversé la paroi thoracique de façon à ne pas méconnaître des épanchements à nappe peu épaisse.

Suivant les circonstances et aussi suivant l'âge de l'épanchement, la quantité et la qualité du liquide pourront varier. Un épanchement riche en fausses membranes pourra donner une ponction blanche, les flocons pseudo-membraneux obstruant immédiatement l'orifice de l'aiguille. On ne négligera pas, en cas de ponction blanche, de rechercher si la lumière de l'aiguille n'est pas obstruée et, dans le cas de l'affirmative, l'examen du caillot présentera une réelle utilité. Il arrive aussi parfois que le liquide retiré à la seringue de Pravaz ait une apparence à peu près limpide alors que cependant l'épanchement est déjà purulent. Au début de ces pleurésies, il s'opère, en effet, une véritable décantation et la ponction faite à la partie supérieure ramène, dans ce cas, un liquide à peu près limpide.

Le résultat négatif d'une première ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz ne saurait permettre d'écarter définitivement le diagnostic de pleurésie. Il se peut que l'on n'ait point choisi le point le plus favorable, que la ponction ait été faite au niveau d'une fausse membrane, que le liquide soit trop épais, que l'épanchement soit trop profond. *Il sera donc indiqué, en cas d'insuccès, de faire une seconde et une troisième ponction*

dans les espaces intercostaux voisins, de recourir, dans certains cas, à l'appareil de Potain, dont l'aiguille plus longue et à lumière plus large donnera des résultats positifs là où la seringue de Pravaz sera insuffisante.

La nature purulente d'un épanchement pleurétique une fois reconnue, est-il possible d'en prévoir la nature bactériologique? On pourrait être porté à supposer que les pleurésies consécutives à une pneumonie seront généralement, sinon toujours, dues au pneumocoque. Nous ne contestons pas qu'une pareille supposition ait quelque fondement, et nous accorderons qu'en effet la plupart des pleurésies purulentes survenues dans ces conditions sont dues au pneumocoque. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons vu une pleurésie purulente à streptocoques chez un malade qui avait eu une pneumonie lobaire, et d'autres auteurs ont signalé des faits analogues. Nous connaissons nombre d'observations de pleurésies infantiles qui avaient été précédées des signes d'une pneumonie et qui se sont révélées des pleurésies putrides. Dans ces cas, il s'agit tantôt de gangrènes pulmonaires qui ont été prises pour des pneumonies, tantôt d'associations microbiennes. La confusion assez commune entre une pneumonie et une broncho-pneumonie mérite aussi grande attention, car si la pneumonie est toujours due au pneumocoque, la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, comme la broncho-pneumonie mamelonnée, peuvent être causées par le streptocoque, et l'on retrouvera dans la lésion pleurale les mêmes agents que dans la lésion pulmonaire préexistante. Ajoutons encore la fréquence assez grande des associations microbiennes dans les pleurésies purulentes métapneumoniques. Rappelons enfin que la pleurésie purulente à pneumocoques de l'enfant apparaît souvent sans avoir été précédée d'aucun signe de pneumonie, et qu'il existe des cas fréquents de pleurésies pneumococciques primitives.

On ne saurait, d'autre part, faire fond sur les qualités physiques du liquide. Sans doute, dans la grande majorité des cas, un exsudat épais, visqueux, tirant sur le vert, est causé par le pneumocoque; mais nous avons vu des épanchements avec le même caractère dans les pleurésies causées par le colibacille et même le streptocoque, et, d'autre part, la pleurésie purulente à pneumocoques peut, au moins au début, avoir le caractère séropurulent et ne contenir qu'une quantité peu considérable de pus.

Ainsi, de même que l'examen microscopique du liquide est nécessaire pour affirmer la purulence d'un épanchement, l'examen bactériologique du liquide est indispensable pour affirmer la nature de la pleurésie. Nous ne saurions trop insister sur son utilité. Il est très aisé, le plus ordinairement, de reconnaître le pneumocoque à l'examen des lamelles sur lesquelles on aura étalé une goutte du pus et que l'on colore au violet de gentiane après dessiccation. Le pneumocoque, dans les pleurésies, a d'habitude une forme effilée lancéolée bien évidente, et on n'a pas de peine à déceler autour du coccus l'existence d'une capsule colorable. Dans les pleurésies, le pneumocoque, il est vrai, se présente volontiers sous forme de chaînettes que l'on serait exposé à confondre avec le streptocoque pyogène, mais qui s'en distingueront parfois par leur flexuosité bien moindre et les dimensions

plus grandes de leurs grains. L'examen microscopique devra d'ailleurs être toujours accompagné de cultures sur gélose, qui seront nécessaires et pour affirmer la nature pneumococcique et pour déterminer s'il ne peut y avoir association d'autres microbes.

Pronostic. — La pleurésie purulente à pneumocoques, reconnue à temps et traitée d'une façon convenable, comporte un pronostic très favorable. Sur nos premières 17 pleurésies causées exclusivement par les pneumocoques, nous comptons, en effet, 16 guérisons. Dans le cas terminé par la mort, il s'agit d'un enfant ayant contracté une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, de pleurésie double et de péricardite. Sur 66 cas traités à la date du 31 octobre 1903, la proportion des décès est de 7, dont 3 pleurésies purulentes doubles. Ces résultats si encourageants ont été notés par d'autres auteurs, et tout particulièrement par Holt et par Beck. Israël, sur 12 pleurésies purulentes après pneumonie, c'est-à-dire vraisemblablement à pneumocoques, a noté 8 guérisons, 3 améliorations, 1 seul décès. Quand la mort survient, elle est ou le fait d'une maladie surajoutée, ou la conséquence d'autres manifestations de l'infection pneumococcique. Au premier rang de ces dernières se place la péricardite. Relativement fréquentes encore sont les pneumonies ou broncho-pneumonies. La péritonite, la méningite, l'endocardite ulcéreuse ont été également notées. Cette bénignité de la pleurésie à pneumocoques s'explique par la nature des bactéries qui sont en cause, bactéries dont la vitalité est d'ordinaire de courte durée, bien qu'elle soit plus longue que dans les milieux de culture ou dans le parenchyme pulmonaire. Nous connaissons des faits d'épanchements purulents remontant à une année et dont le pus renfermait des pneumocoques vivants et même virulents. Cette résistance plus longue s'explique sans doute et par la dissémination dans une masse importante de liquide et par la vie à l'état anaérobie.

Le pronostic brut de la pleurésie purulente à pneumocoques doit être beaucoup plus réservé pendant les premiers jours de la maladie.

Si nous prenons les résultats des interventions des pleurésies purulentes métapneumoniques traitées à Hambourg¹, nous trouvons que 15 cas traités les 20 premiers jours ont donné 3 décès, soit 25 pour 100, tandis que 55 traités du 20^e au 60^e jour ont donné 3 décès, soit 6,7 pour 100. Ces chiffres, qui surprennent à première vue, s'expliquent si l'on pense que dans les premiers jours qui suivent la production de l'empyème à pneumocoques, la virulence de l'agent pathogène est encore notable et que l'on doit, à cette date, se préoccuper encore beaucoup des lésions d'autres organes dues au pneumocoque, aussi bien que des accidents d'infection générale.

Cette gracilité relative du pneumocoque, à laquelle nous attribuons la différence si tranchée entre les pleurésies dues à ce microbe et celles qui sont déterminées par d'autres agents pathogènes, n'implique en aucune façon qu'il y ait lieu de s'abstenir et de faire de l'expectation, comme dans la pneumonie lobaire. L'épanchement, en effet, peut acquérir des

(¹) SCHEDE. Chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Brustfells. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten de Pensoldt et Stintzing.