

Ce sont les moins communes, et dans notre statistique elles figurent pour 12 contre 44.

Il est probable que toutes ces pleurésies ne paraissent primitives que parce que le médecin n'a pas assisté à leur début ou parce que l'affection extra-pleurale qui en a été le point de départ a été à peu près latente.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de placer ici le *tableau indiquant la fréquence avec laquelle les diverses causes de pleurésies purulentes sont intervenues dans nos observations personnelles au nombre de 56 chez l'adulte et de 6 chez l'enfant.*

La pleurésie a été consécutive à une affection du poumon 25 fois, soit :

Après grippe	17 (généralement compliquée de bronchopneumonie.)
— bronchopneumonie	5
— pneumonie	1
— tuberculose pulmonaire	2
— cancer du poumon	1
— dilatation des bronches	1.

Dans 2 cas elle a été consécutive à une invasion par le médiastin :

Rétrécissement de l'œsophage	1
Angine et fusée purulente dans le médiastin	1

Dans 14 cas, il y a eu propagation d'une inflammation abdominale :

Infection puerpérale	11
Cancer ulcéré de l'estomac	2
Ulcère de l'estomac	1.

Une fois il y a eu invasion par voie sanguine : pyohémie après otite suppurée.

Deux fois il y a eu transformation purulente après ponction.

Douze fois la pleurésie à streptocoques a paru primitive.

Nous pensons que dans un grand nombre, sinon dans tous ces cas, il s'agissait d'infections secondaires à une altération des poumons.

Les pleurésies à streptocoques infantiles, beaucoup moins nombreuses, montrent :

4 pleurésies primitives ou manifestation précédées de bronchopneumonie.
1 pl. purulente après otite suppurée.
1 pl. purulente consécutive à la scarlatine.

La pleurésie à streptocoques étant la plus commune des pleurésies purulentes a servi généralement de type à la plupart des descriptions classiques.

Dans le chapitre que nous lui consacrons ici, nous essayerons de notre mieux à lui rendre son individualité. Nous ne pourrions cependant nous dispenser de traiter à son sujet de quelques-uns des symptômes communs aux diverses pleurésies purulentes, symptômes qui devront être étudiés une fois pour toutes.

Anatomie pathologique. — La pleurésie purulente à streptocoques peut être une pleurésie purulente d'emblée. Dans certains cas de pleurésies puerpérales, on trouve aussi un épanchement constitué par du pus assez concret quelques jours seulement après le début.

Le plus ordinairement cependant l'épanchement ne devient franchement purulent qu'au bout d'un certain temps et, dans ces cas, le liquide est d'abord simplement louche, puis séro-purulent, et enfin purulent.

Ce liquide louche du début pourrait, à un examen superficiel, en imposer pour un liquide simplement séro-fibrineux et ce sont sans aucun doute des cas de ce genre qui ont le plus ordinairement fait croire à des transformations purulentes d'épanchement séreux, transformations que l'on a mises sur le compte de la thoracentèse. Ces exsudats examinés au microscope montrent toujours un nombre considérable de globules blancs et aussi de globules rouges. L'examen microscopique et les cultures y font voir beaucoup de microcoques réunis en chaînettes souvent fort longues.

L'exsudat louche devient plus tard un liquide séro-purulent. Abandonné à lui-même, le liquide se sépare en deux parties : la sérosité qui surnage, le pus qui tombe au fond, pus jaunâtre grumeleux, donnant l'idée d'une poussière fine peu dense. Cette séparation se fait déjà dans le thorax et il en résulte que la ponction à la seringue de Pravaz amène assez fréquemment dans ces cas une sérosité à peu près transparente alors que l'évacuation complète donne issue aussitôt après à un épanchement nettement purulent.

Lorsque les globules de pus sont en quantité plus notable encore, la proportion du sérum qui surnage diminue de plus en plus; mais il est exceptionnel que l'exsudat reste formé de pus pur et presque toujours le repos permet la séparation à la partie supérieure d'une lame de liquide transparent. Le dépôt purulent a presque toujours une teinte grisâtre et ne présente pas de cohésion, c'est qu'il ne renferme que peu de fibrine.

La *plèvre costale et pulmonaire* présente dans cette pleurésie des modifications moins marquées que dans la pleurésie purulente à pneumocoques. On observe cependant à sa surface des dépôts jaunâtres assez mous, généralement peu épais. S'il s'agit de pleurésies consécutives à des inflammations de voisinage, les exsudats sont surtout abondants au niveau de ces lésions. Il est habituel dans ces cas de trouver sous ces fausses membranes des traînées d'un blanc jaunâtre formées par les vaisseaux lymphatiques gorgés de pus, lymphangites pulmonaires.

Ces lésions de voisinage peuvent du reste, dans certains cas, être au contraire consécutives aux altérations de la plèvre. C'est ainsi que la pleurésie purulente à streptocoques peut parfaitement être la cause et non la suite de *lymphangites sous-pleurales*, situées sous la plèvre pulmonaire et qu'autour de ces lymphangites peuvent se développer des fusées purulentes amenant dans le poumon des états analogues à la pneumonie disséquante, et dans la paroi thoracique des collections purulentes profondes ou superficielles; c'est encore par un mécanisme du même genre que s'expliquent la formation de ces *empyèmes de nécessité* qui peuvent apparaître en des points fort éloignés du foyer thoracique.

Dans des cas plus rares encore, la pleurésie à streptocoques est encore l'origine de foyers métastatiques; ceux-ci semblent affecter une prédilection toute particulière pour la cavité crânienne. Certains cas de mort subite, d'accidents épileptiformes, observés au cours du traitement de la pleurésie purulente, trouvent leur explication dans ces abcès cérébraux.

Nous ne dirons pas grand'chose des désordres consécutifs qui peuvent avoir pour siège le poumon ou la cage thoracique. On pourra trouver dans le poumon

les lésions de compression et d'inflammation interstitielle que nous avons signalées dans la pleurésie séro-fibrineuse. La cage thoracique peut subir des difformités souvent très marquées et bien étudiées par Oulmont. Indiquons à cette place que la production d'ostéophytes costaux signalée par Parise appartient plus particulièrement aux pleurésies purulentes. M. Marie a montré que dans les affections chroniques des organes respiratoires les altérations peuvent être généralisées à tout le système osseux.

Nous ne saurions enfin passer sous silence les altérations viscérales qui peuvent compliquer une pleurésie purulente passée à la chronicité. Nous faisons surtout allusion aux *dégénérescences amyloïdes* ayant pour siège les reins, le foie, la rate. Cette dégénérescence est extrêmement variable comme date d'apparition. On l'a vue survenir chez certains sujets, au bout de peu de mois, alors que chez d'autres, elle n'est pas installée après plusieurs années. On ignore encore absolument la raison de ces différences. Elles auraient cependant une importance essentielle quand il s'agit de discuter le pronostic et la conduite à tenir.

Symptômes. — Nous avons dit les symptômes et signes physiques qui permettent de reconnaître une pleurésie à exsudat séro-fibrineux. Ces symptômes se retrouvent en général dans les pleurésies purulentes à streptocoques et nous ne saurions les répéter. Nous n'avons à indiquer ici que ceux qui appartiennent plus spécialement à ces pleurésies purulentes.

Les troubles fonctionnels sont les mêmes, et les modalités de la dyspnée, du point de côté, ne nous fournissent à cet égard aucun élément différentiel.

Il n'en est plus tout à fait de même des signes physiques.

Ceux que fournit l'inspection ont déjà une grande valeur. L'apparition d'une *voissure limitée* est assez particulière aux pleurésies purulentes, et cela longtemps avant l'apparition d'un empyème de nécessité.

Plus importante encore est la constatation d'un *œdème circonscrit*, œdème tantôt pâle, tantôt d'un rose plus ou moins vif. Les limites de cet œdème sont très variables, ainsi du reste que son importance. Dans certains cas, il n'existe qu'une dépression très faible succédant à une compression prolongée. L'œdème est un bon signe de purulence. Mais ce n'est pas un signe immuable. Barbe a consacré sa thèse à l'étude des pleurésies séro-fibrineuses dans lesquelles on avait relevé ce symptôme.

S'il s'agit de la formation d'une voissure mal circonscrite au centre de laquelle on perçoit de la fluctuation, en un mot s'il y a les signes d'un *empyème de nécessité*, la nature purulente de l'épanchement présente des présomptions bien plus graves. Ces empyèmes apparaissent le plus ordinairement à la partie antérieure de la poitrine vers le sixième espace intercostal.

Il convient encore de signaler les *modifications des ganglions lymphatiques de l'aisselle* que l'on peut trouver augmentés de volume et douloureux. Cette adénite axillaire n'est pas surprenante si l'on songe à la nature streptococcique habituelle des engorgements aigus ganglionnaires.

Les *signes fournis par l'auscultation* ne présentent aucune particularité bien notable. Signalons seulement ce fait que le murmure vésiculaire peut persister dans les cas d'épanchement purulent, même considérable, et que c'est dans ces derniers surtout que l'on a signalé la possibilité des bruits pseudo-cavitaires qui s'entendent au niveau du hile.

Nous devons une mention toute spéciale à l'abolition de la pectoriloquie aphone ou signe de Baccelli. La voix chuchotée ne s'entendrait plus dans les épanchements denses et tenant en suspension des globules de pus. L'observation ultérieure a démontré que le signe de Baccelli n'a pas la valeur que ce savant médecin lui avait accordée, qu'on peut le rencontrer dans des épanchements séreux, etc.

Quant aux *symptômes généraux*, ils ne sauraient être classés sous une seule formule et leur manière d'être est très différente suivant l'origine de ces pleurésies purulentes.

On s'accorde en général à décrire la fièvre comme très marquée, le thermomètre indiquant les *oscillations quotidiennes habituelles aux états pyohémiques*. Avec la fièvre on note une diminution notable des forces et un amaigrissement rapide. Ce type se rencontre en effet assez souvent dans les pleurésies purulentes à streptocoques et quelquefois il évolue avec une rapidité extrême, s'accompagnant des symptômes communs aux états typhoïdes. C'est à cette dernière forme qu'a été affectée l'épithète de *pleurésie suraiguë*, *pleurésie septique* et même de *pleurésie infectieuse*.

D'autres pleurésies à streptocoques ont une marche plus lente et une symptomatologie moins bruyante. La température est bien moins élevée et à peu près continue. La maladie évolue avec bien plus de lenteur et au lieu du faciès injecté, inquiet de la forme précédente, on note une teinte pâle ou jaunâtre des téguments, quelquefois accompagnée d'œdème des membres inférieurs ou du visage.

Il est enfin des pleurésies purulentes à streptocoques dont l'évolution est beaucoup plus lente encore et dans lesquelles on ne note pas de fièvre.

Ces différences si notables ne sont pas encore suffisamment expliquées. Il est tout naturel d'invoquer ici l'influence simultanée du terrain et du microbe. Chez les sujets débilités la réaction générale est d'ordinaire peu notable, c'est là un fait d'observation générale.

Nous savons aussi que la virulence des streptocoques est très diverse et il est facile d'imaginer que des streptocoques peu virulents détermineront peu de phénomènes généraux.

Malheureusement nous manquons jusqu'à présent de moyens d'information certains pour indiquer ces degrés de virulence. On ne peut se baser sur les particularités de forme, de groupement des éléments de chaînettes. On ne peut davantage se fier aux modes de développement des cultures. Enfin les résultats fournis par l'expérimentation se sont montrés trompeurs dans plus d'un cas et nous verrons qu'ils ne sauraient fournir une base solide quand il s'agit d'intervenir.

Diagnostic. — Ce que nous avons dit jusqu'ici indique que le diagnostic de la nature purulente, et *a fortiori* streptococcique, d'un épanchement pleurétique n'est pas sans difficultés.

Les éléments seront fournis bien plus par les notions étiologiques que par les symptômes, par les accidents généraux que par les signes physiques.

Force sera souvent de ne se prononcer qu'après une ponction exploratrice.

On a recours pour cela d'abord à la seringue de Pravaz dont l'aiguille sera enfoncée dans le point où les signes d'épanchements sont au complet. Le liquide retiré par cette ponction sera le plus ordinairement un liquide jaunâtre

très trouble et qui fournira un sédiment assez haut d'apparence pulvérulente. Il sera dans ce cas manifestement purulent.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent la première ponction exploratrice ramène seulement un liquide légèrement louche. Dans ce cas on attendra la production du caillot qui dans le milieu de la seringue ne tardera pas à apparaître sous forme d'un filament plus épais et surtout plus opaque que dans la pleurésie séro-fibrineuse.

Cette apparence séro-purulente de l'épanchement appartient surtout aux pleurésies purulentes streptococciques qui se développent rapidement et par contiguïté : présence antérieure de foyers broncho-pneumoniques, suppurations du médiastin, etc. Elle n'est pas exceptionnelle non plus dans les pleurésies purulentes, de la scarlatine, des maladies rénales.

Le liquide retiré par la ponction sera soumis à l'examen microscopique, aux cultures. L'apparence de chaînettes après coloration au violet de gentiane ne suffit à admettre la nature streptococcique que s'il s'agit de chaînettes longues, flexueuses, à grains très ronds. Même, dans ces cas, mieux vaut ne se prononcer qu'après la culture. Il faut, en effet, ne pas oublier que les pneumocoques dans les séreuses sont souvent disposés en chaînettes dont, il est vrai, les éléments sont d'ordinaire allongés et moins nombreux et qui contrastent par leur rigidité habituelle avec les flexuosités que l'on rencontre le plus ordinairement chez les streptocoques pyogènes.

Marche. — Terminaisons. — Il est bien difficile de résumer dans un tableau unique l'évolution des pleurésies purulentes à streptocoques. Force est de diviser cette description et d'examiner successivement plusieurs types.

Il faut accorder une place aux pleurésies à streptocoques qui coïncident avec d'autres déterminations d'un processus pyohémique. Faire la part de chacune de ces localisations dans l'ensemble des accidents est chose difficile toujours, parfois impossible. Le plus souvent le rôle de l'épanchement pleurétique est secondaire, et les symptômes fonctionnels masqués par l'importance des phénomènes généraux sont en désaccord remarquable avec les signes physiques. Ajoutons que, dans les pleurésies dont nous parlons, l'épanchement est habituellement bilatéral, que la coïncidence de péricardite est fort commune, et l'on s'expliquera que ces cas soient peu justiciables d'une intervention thérapeutique.

Les formes que nous avons en vue se rencontrent surtout dans l'infection puerpérale, après certaines scarlatines graves, dans les érysipèles migrateurs, ou au cours d'une suppuration aiguë du médiastin.

Dans des cas plus nombreux et qui se prêtent davantage à l'étude, le processus infectieux reste au moins au début localisé dans une moitié de la poitrine : que le streptocoque soit arrivé d'emblée dans la plèvre, ou que, cas le plus commun sans doute, il soit arrivé par le poumon, après avoir déterminé dans une partie souvent très réduite un petit foyer broncho-pneumonique. — Dans ce cas, les symptômes de pleurésie sont plus aisés à percevoir, et les choses peuvent se passer de plusieurs façons.

1° L'épanchement fait des progrès plus ou moins rapides, parfois très rapides. A un moment donné, il devient gênant par sa quantité, et la dyspnée commande une intervention. Si celle-ci est peu énergique et se réduit à une ponction, il est habituel que l'épanchement se reproduise de plus en plus rapidement.

L'orifice de ponction finit par rester béant, fistuleux. Une rougeur plus ou moins vive traduit l'infiltration des téguments qui sont le siège d'abcès, d'érysipèle. L'état du malade s'affaiblit graduellement. Il se peut que la suppuration prolongée amène dans les viscères les altérations de la dégénérescence amyloïde. A ces causes de déchéance viennent se joindre les symptômes attribuables à l'infection d'origine pleurale, fièvre hectique. A une phase quelconque, d'autres déterminations viscérales de l'infection à streptocoques peuvent encore apparaître et compliquer la situation.

2° Il est des cas dans lesquels la plèvre paraît supporter sans difficulté la source d'infection qu'elle héberge, cas dans lesquels un épanchement abondant se produit à la longue, sans donner lieu à des symptômes importants. Dans ces cas, on trouve un épaississement très marqué de la plèvre viscérale et pariétale, épaississement qui traduit les efforts de la nature pour enkyster ces exsudats.

La pleurésie purulente à streptocoques peut être partielle, limitée à un cul-de-sac ou à un espace interlobaire. Ces pleurésies partielles sont plus communes dans les pleurésies à pneumocoques.

Plus rares aussi dans la pleurésie à streptocoques sont la vomique et même l'empyème de nécessité.

Traitement. — Lorsque le médecin aura reconnu l'existence d'une pleurésie purulente à streptocoques, la conduite à tenir nous paraît bien indiquée, il faudra recourir à la thoracotomie, à l'opération de l'empyème.

Nous savons bien, et nous en possédons des observations personnelles, qu'une pleurésie purulente à streptocoques peut guérir par la simple ponction ou même sans intervention. Ces cas se rapportent certainement à des pleurésies causées par des streptocoques peu virulents, et, le jour où il nous sera possible de juger aisément le degré de cette virulence, nous y trouverons sans doute des indications fort utiles. Mais à notre connaissance ce moment n'est pas venu encore, et il faut nous rappeler la fréquence de ces réveils de virulence qui amènent à un moment donné la généralisation d'un processus que l'on croyait adouci ou même éteint.

Ceci étant, nous ne pouvons employer la ponction simple.

Peut-on dans ces cas, avoir recours à la ponction suivie de lavages uniques ou répétés au siphon de M. le professeur Potain ou de M. Revillod, à l'appareil de Bülow employé par de nombreux médecins allemands? Sans rejeter absolument ces méthodes, nous ne saurions les conseiller. Elles ne donnent pas la certitude d'une évacuation complète, d'une neutralisation du pus. Elles peuvent exposer à la rétention dans le foyer pleurétique d'un liquide antiseptique dangereux pour l'organisme non moins que pour les microbes.

Le meilleur traitement ici est l'empyème qui se fera suivant les règles ordinaires. Nous nous sommes bien trouvé de choisir la région postérieure de la poitrine au niveau de la courbure de la 9^e côte, à l'endroit indiqué par Walther. L'incision de la plèvre faite, on introduit de gros drains — et l'on fait un lavage avec une solution antiseptique (sublimé à 1/2000).

Le lavage complet au sublimé est suivi d'un lavage à l'eau bouillie destinée à empêcher la rétention de l'agent antiseptique. On applique ensuite un pansement sec. Ce pansement n'est renouvelé que tous les trois jours au plus, à moins d'indication. On s'assure du bon fonctionnement des drains que l'on peut

bientôt raccourcir, et qui, dans les cas favorables, peuvent être enlevés après trois ou quatre semaines.

On discute encore l'utilité des *lavages antiseptiques* que l'on accuse de s'opposer à la formation d'adhérences, d'exposer à la production d'accidents, tels que les convulsions épileptiformes. Si la marche de la température et l'apparence des sécrétions ne paraissent pas indiquer l'emploi d'une seconde injection, nous croyons bon de la supprimer, mais nous n'hésitons pas à y recourir dans le cas opposé.

Comme Wagner, Debove et la plupart des auteurs, nous pensons qu'il convient d'intervenir le plus tôt possible, et cela pour bien des raisons. D'abord parce qu'il n'y a pas de temps à perdre, et qu'il faut supprimer le plus rapidement possible un foyer d'infection, mais aussi parce qu'à la longue, l'épanchement de la plèvre peut amener des altérations durables du poumon, de la cage thoracique, des lésions viscérales. Chez un malade opéré par nous de l'empyème, trois mois au moins après l'apparition d'une pleurésie à streptocoques, nous avons vu cette opération suivie dans un délai régulier de l'oblitération de la cavité pleurale et d'une guérison légitime. Mais six semaines plus tard ce malade revenait avec des accidents asystoliques qui entraînaient sa mort. L'asystolie avait pour origine première une symphyse cardiaque qui s'était installée au cours de la pleurésie purulente.

Les chirurgiens ont volontiers recours à la résection sous-périostée d'une ou plusieurs côtes. Ils complètent ainsi l'empyème et obtiennent une voie plus large pour l'écoulement du pus.

Cette résection présente une utilité évidente chez l'enfant. Elle paraît moins nécessaire chez l'adulte.

II

PLEURÉSIES PURULENTES A PNEUMOCOQUES

Le pneumocoque est une cause fréquente de pleurésie purulente.

Sur un total de 121 pleurésies purulentes, défalcation faite des pleurésies tuberculeuses et putrides, nous trouvons, en effet, ce micro-organisme 55 fois, soit 45,75 cas sur 100.

Cette proportion est du reste assez différente suivant qu'on observe chez l'adulte ou chez l'enfant.

Chez l'adulte nous avons trouvé le pneumocoque 52 fois sur 92, soit 54,78 pour 100.

Chez l'enfant le pneumocoque était présent 21 fois sur 29, soit dans 72,4 pour 100.

Cette proportion très élevée des pleurésies purulentes à pneumocoques chez les enfants a été pour la première fois indiquée par nous en 1889. Elle présente un intérêt considérable au point de vue clinique et permet d'expliquer certaines particularités de la pleurésie purulente infantile qui avaient depuis longtemps frappé les médecins.

Dans le plus grand nombre de nos observations, le pneumocoque existait à l'état de pureté dans tout le cours de la maladie. Les associations microbiennes

ont été rares et, dans quelques cas traités par l'empyème, elles ont du reste été manifestement tardives.

Quoi qu'il en soit chez l'enfant le pneumocoque existe :

à l'état de pureté	16 fois.
associé au streptocoque	4 —
— aux staphylocoques pyogènes	4 —

Chez l'adulte le pneumocoque existait :

seul	25 fois.
associé au streptocoque	2 —
— aux staphylocoques	3 —
— au bacille pyocyanique	1 —
— à des bâtonnets saprogènes	1 —

Ainsi le pneumocoque dans les pleurésies purulentes à pneumocoques de l'enfant ou de l'adulte existe à l'état de pureté pendant tout le cours de la maladie dans près des trois quarts des cas.

La pleurésie purulente à pneumocoques peut succéder à une pneumonie ou apparaître en dehors de toute pneumonie antérieure appréciable.

Il est plus facile de déterminer l'existence antérieure d'une pneumonie chez l'adulte que chez l'enfant.

Sur nos 52 pleurésies purulentes pneumococciques de l'adulte, 16 avaient succédé à une pneumonie.

Chez l'enfant, l'existence d'une pneumonie antérieure n'a pu être affirmée que 5 fois sur 21.

Nous ne saurions oublier que la pneumonie passe souvent inaperçue et nous ne pensons pas que les 16 observations d'adultes ni surtout les 18 observations d'enfants dans lesquelles la pleurésie a paru survenir en dehors de toute pneumonie antérieure puissent être toutes considérées comme des pleurésies primitives à pneumocoques.

Mais cette épithète revient certainement à un assez grand nombre d'entre elles et on ne saurait nier la fréquence de la pleurésie pneumococcique primitive dont nous avons le premier démontré l'existence.

En parlant de l'anatomie pathologique de la pneumonie franche, nous avons indiqué l'importance et la constance des altérations inflammatoires de la plèvre, importance et constance qui ont amené Andral à ne jamais employer d'autre expression que celle de la pleuropneumonie.

On a pu se demander si ces altérations ne sont constantes que dans les cas suivis de mort.

Maragliano⁽¹⁾ en 1884-1885 a constaté au moyen de la seringue de Pravaz l'existence de très légers épanchements séro-fibrino-purulents à la surface de poumons hépatisés chez 21 malades. Dans le cours de l'année 1890-1891⁽²⁾ il a répété ces ponctions exploratrices systématiquement chez 58 pneumoniques. 58 de ceux-ci, soit plus de la moitié, présentaient un exsudat séro-purulent en très petite quantité.

Cet exsudat le plus ordinairement disparaît quand la pneumonie a pris fin.

⁽¹⁾ MARAGLIANO, Lezione di chiusura dell' anno 1884-1885; *Riforma medica*, août 1885.

⁽²⁾ MARAGLIANO, L'istituto di clinica medica della reale Università di Genova; *Riforma medica*, décembre 1891.