

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.

Quelquefois l'épanchement d'abord séro-purulent devient avant de disparaître un liquide limpide séro-fibrineux.

Dans un petit nombre de cas, la pleurésie purulente apparaît au cours même de la pneumonie et est due à la persistance et aux progrès de cette pleurésie concomitante.

Mais ces cas sont relativement rares et le plus ordinairement la pleurésie ne paraît que quelques jours après la défervescence qui a marqué la fin de la pneumonie. La pleurésie purulente à laquelle Gerhardt a proposé d'appliquer l'épithète de métapneumonique est celle des affections pneumococciques dans laquelle se vérifie le plus constamment ce que nous avons dit de la phase latente, de préparation des manifestations secondaires de la pneumonie.

Elle donne bien l'idée du dépôt dans la cavité pleurale au cours de la pneumonie d'un certain nombre de germes dont la virulence n'est que momentanément suspendue au moment de la défervescence qui marque la fin du pneumocoque dans le foyer pneumonique. Cette virulence reprend au bout de quelques jours, et les organismes qui pullulent dans cette séreuse ont acquis dans ce milieu, peut-être en raison de leur existence anaérobie, des qualités nouvelles. Ils ont une vitalité plus longue et présentent un pouvoir pyogène.

En dépit, en effet, de quelques contradicteurs, les observations se sont multipliées démontrant que dans ces pleurésies exclusivement à pneumocoques l'exsudat est franchement purulent.

C'est un pus véritable qui le plus souvent présente au complet les attributs du pus louable, du pus de bonne nature des anciens médecins, pus épais d'un jaune verdâtre extrêmement riche en éléments cellulaires. Ce pus est très visqueux, manifestement riche en fibrine. Il ne se sépare pas en plasma et en sérum ou tout au plus celui-ci forme-t-il une nappe extrêmement mince à la surface du bocal où on a laissé se faire le dépôt. Le liquide de ces pleurésies présente fréquemment une teinte verdâtre purée de pois, teinte qui s'accroît quand l'exsudat reste exposé à la lumière et à l'air.

Ces caractères principaux, richesse en plasma, épaisseur, viscosité, teinte verdâtre sont assez spéciaux à la pleurésie que nous étudions. Ils ne lui sont pas exclusifs et peuvent manquer. On ne saurait les utiliser qu'à titre d'inductions et il faudra toujours leur adjoindre les constatations microbiologiques.

L'examen de lamelles colorées au violet de gentiane fera reconnaître la présence de pneumocoques. Les pneumocoques dans les pleurésies purulentes se présentent souvent sous forme de longues séries linéaires qui pourraient être prises pour des chaînettes de streptocoque pyogène. En revanche le pneumocoque dans ces pleurésies présente presque toujours des capsules colorables, très faciles à déceler et ses éléments ont une forme lancéolée plus marquée que dans l'exsudat ou l'expectoration pneumonique. Certains de ces éléments ont même la disposition lancéolée tellement exagérée qu'ils figurent absolument un losange ou même un triangle isocèle. Ces formes paraissent à peu près spéciales aux localisations du pneumocoque sur les séreuses ou les synoviales.

Nous ne saurions trop répéter qu'il ne suffit pas des caractères morphologiques pour déterminer la nature d'un microbe.

Il conviendra dans tous les cas de recourir aux cultures et aux inoculations. Les premières n'ont pas seulement pour but d'établir la nature des pneumocoques, mais encore de déterminer si ces micro-organismes existent à l'état de

pureté ou mélangés à d'autres espèces microbiennes, point essentiel pour décider la conduite à tenir.

Les inoculations pourront fournir quelques renseignements sur le degré de virulence du pneumocoque. Nous ne pensons pas toutefois que ce dernier élément puisse être suffisamment mis en lumière par ces inoculations, ni surtout que les données sur cette virulence puissent avoir jusqu'à présent un grand intérêt pratique.

Nous attachons une assez grande importance à la plus ou moins grande facilité de coloration des pneumocoques. Une coloration faible semble indiquer des microbes en voie d'atténuation.

Il est intéressant aussi d'établir le plus ou moins grand nombre de microbes libres dans l'exsudat ou englobés dans les cellules. Les figures de phagocytose sont fréquentes dans les pleurésies purulentes à pneumocoques et surtout dans les formes bénignes et en voie de guérison. Faut-il attribuer la destruction des microbes à l'absorption cellulaire? Nous ne saurions l'affirmer et nous pensons que la digestion cellulaire s'exerce peut-être sur des micro-organismes déjà atténués, sinon morts.

Nous étudions successivement la pleurésie pneumococcique métapneumonique et la pleurésie purulente pneumococcique primitive.

A. — PLEURÉSIE PURULENTE MÉTAPNEUMONIQUE

La pleurésie purulente est dans un assez grand nombre de cas consécutive à la pneumonie.

Voici quelques chiffres qui l'établissent.

A la clinique médicale de Königsberg⁽¹⁾ de 1875 à 1887, 29 pleurésies purulentes sur 79 avaient succédé à une pneumonie, soit 52 pour 100.

A la clinique médicale de Helsingfors⁽²⁾ de 1876 à 1890, 20 pleurésies purulentes sur 87 avaient la même origine, soit 25 pour 100.

A la clinique chirurgicale de Berne⁽³⁾ de 1884 à 1888, 9 pleurésies purulentes opérées sur 41 étaient dues à une pneumonie, soit 22 pour 100.

A Vienne, Hofmohl⁽⁴⁾ compte sur 56 opérés 16 pleurésies métapneumoniques, soit 28,6 pour 100.

A Hambourg, Schede⁽⁵⁾ de 1880 à 1889 a noté la pneumonie antérieure sur 8 de ses opérés sur 21, soit 59 pour 100.

A Berlin, dans la clinique de Frerichs (Ewald), sur 46 pleurésies purulentes, 16 sont consécutives à la pneumonie, soit 54,8 pour 100.

Toute pneumonie lobaire peut être suivie de pleurésie. Cependant certaines conditions paraissent particulièrement favorables à l'apparition de cette complication.

Elle appartient plutôt aux pneumonies longues et graves, et cette observation

⁽¹⁾ FALKENHEIM, Zur Lehre vom Empyem; Mitth. aus der Medicinischen Klinik zu Königsberg.

⁽²⁾ RUNEBERG, Om den variga lungsäcksinflammationens operativa Behandling vid medicinska Kliniken in Helsingfors Finska lakaresällskapets handlingar, 1891.

⁽³⁾ SCHWARTZ, St. B. z. Radical operation der eitrigen Brustfellentzündungen.

⁽⁴⁾ HOFMOHL, Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und der Lungen; Klinische Zeit und Streitfragen, III, 1889.

⁽⁵⁾ SCHEDE, Referat über Empyem; Verhandl. des Congresses für innere Medicin, 1890.