

établie par la ponction exploratrice et qui guérirent sans intervention et sans produit de vomique.

Horwath⁽¹⁾ a tout récemment publié une observation intéressante qui aboutit à une conclusion analogue. C'est celle d'un adulte de 27 ans atteint de pleurésie purulente à pneumocoques consécutive à une pneumonie. Le diagnostic a été établi par une ponction exploratrice. Cependant le malade fut traité exclusivement par les toniques et le régime lacté. Dix jours après, une nouvelle exploration ne ramenait que 5 gouttes d'un liquide séreux ne renfermant plus de bactéries et bientôt après il était complètement guéri sans avoir eu de vomique.

Nous avons signalé la fréquence des vomiques dans ces pleurésies purulentes. Assez souvent ces vomiques amènent la guérison spontanée des malades. Au moment de notre mémoire de 1889, nous avons relevé 27 observations de guérisons survenues par ce mécanisme. Gerhardt estimait cette tendance si grande qu'il se demandait s'il ne fallait pas se croiser les bras en présence de pareils malades, et Steiger n'hésite pas à formuler nettement ce conseil.

La production d'un empyème de nécessité est relativement fâcheuse. Ces ouvertures ne se font presque jamais au point le plus favorable à l'évacuation du liquide. Elles s'accompagnent fréquemment d'altérations des côtes (dénudation et nécrose) qui prolongent beaucoup la durée du mal et nécessitent des interventions assez graves.

La pleurésie à pneumocoques peut s'enkyster, s'entourer d'une membrane fibreuse très épaisse. Dans ce foyer les pneumocoques peuvent garder longtemps leur virulence et nous avons vu celle-ci persister 5 mois et plus. Mais le plus souvent cette virulence diminue plus vite et finit même par disparaître. Nous avons même observé un cas dans lequel les microbes encore parfaitement reconnaissables avaient perdu non seulement leur virulence mais encore leur vitalité et ne se développaient plus dans les milieux les plus appropriés.

L'épanchement peut encore subir des transformations résultant de l'introduction d'agents microscopiques différents. Cette introduction peut être consécutive à une intervention suffisamment antiseptique. Elle peut se faire au niveau du poumon par suite de lésions nouvelles de cet organe. Les microbes que l'on trouve dans ces cas sont d'abord les *organismes ordinaires de la suppuration*, streptocoques et staphylocoques. Leur présence modifie sensiblement le pronostic et les indications opératoires. On note assez fréquemment l'existence de pneumonie antérieure dans les *pleurésies fétides*. Mais il est difficile de déterminer si, dans ces cas, il s'agit vraiment de pleurésies métapneumoniques et s'il ne s'agit pas au début de gangrène pulmonaire à forme pleurétique. On sait combien dans certains cas ce diagnostic entre la pneumonie et la gangrène pulmonaire présente de difficultés.

Signalons enfin l'apparition possible, au cours de la pleurésie à pneumocoques, d'autres manifestations pneumococciques extrapulmonaires et particulièrement de péricardites et de péritonites.

La pleurésie purulente à pneumocoques peut guérir sans intervention par résorption ou par vomique. *Nous ne conseillons pas de se fier aux seuls efforts de la nature et de rester inactif.*

⁽¹⁾ HORWATH. Ein Beitrag zur Pathogenese und Prognose der Lungen rippenfellentzündungen; *Wiener medicinische Presse*, 16-25 juin 1897.

La résorption spontanée est assez rare, et la vomique se fait attendre un mois en moyenne et souvent davantage. Elle peut être plus ou moins bien placée, se répéter pendant longtemps, la fistule peut même être disposée de façon à permettre la formation d'un pneumothorax. Certaines pleurésies métapneumoniques ont une évolution très rapide et peuvent acquérir en quelques jours une importance telle qu'elles apportent un trouble notable à l'hématose.

Pour toutes ces raisons, *il conviendra d'intervenir, et cela dès que l'épanchement aura acquis une proportion notable.*

L'intervention de choix dans ces cas nous paraît être au début la thoracentèse. Elle suffira maintes fois à guérir le malade. Nous la préférons à l'empyème, car elle ne laisse pas s'introduire d'air dans la plèvre et par suite l'ampliation du poumon est immédiatement possible. Cette opération est d'autre part plus inoffensive. La thoracentèse suffira souvent parce que la pleurésie métapneumonique est ordinairement bénigne, parce que les pneumocoques ont une vitalité limitée et qu'ils finissent par succomber au bout d'un temps assez court. On a pu se demander si cette intervention n'était pas relativement contre-indiquée par la viscosité, l'épaisseur de l'exsudat, sa richesse en fausses membranes qui ont peine à sortir par la canule. Mais des fausses membranes analogues existent autour du poumon au cours de la pneumonie et se résorbent complètement après la défervescence. Il n'est donc pas surprenant qu'ils puissent de même se résorber rapidement après la guérison d'une pleurésie purulente métapneumonique.

Nous avons personnellement traité 12 cas de pleurésies purulentes métapneumoniques de l'adulte et de l'enfant guéries par la simple ponction, et la littérature médicale, riche déjà en observations analogues au moment de notre premier mémoire, en fournit des cas de plus en plus nombreux.

Signalons en particulier des observations de Huchard, de Brunon, de Dorfler, etc. Drummond⁽¹⁾, qui a consacré à la pleurésie métapneumonique un article fort intéressant, dit qu'à son avis avant longtemps ce sera la règle de guérir les pleurésies purulentes consécutives à la pneumonie par la ponction, sans recourir à l'empyème. Goggans a guéri par la ponction simple 6 pleurésies purulentes chez des sujets ayant 7, 8, 9, 17, 55, 58 ans.

Nous conseillons de *commencer par la thoracentèse et d'attendre d'elle la guérison dans les cas où l'examen bactériologique démontre la présence exclusive du pneumocoque.* Cet examen demande un temps fort court, 24 à 36 heures. La culture est nécessaire pour établir que le pneumocoque est à l'état de pureté; mais l'examen microscopique qui ne demande que quelques minutes suffit déjà à montrer qu'il y a des pneumocoques et fait souvent reconnaître la coexistence d'autres micro-organismes dans les cas d'infection mixte. On ne saurait donc reprocher à ces recherches de faire perdre un temps précieux. Elles demandent peu de temps. Elles sont relativement simples, et l'existence du malade n'est nullement en jeu, puisque dans les cas d'épanchement, requérant plus tard la thoracotomie, l'évacuation due à la ponction a satisfait aux indications vitales.

Une ponction est souvent suffisante. Si l'épanchement est exclusivement à pneumocoque et si une ponction ne suffit pas, nous conseillons de faire une 2^e, une 3^e et même une 4^e ponction. Il est des cas où cette intervention sera

⁽¹⁾ DRUMMOND, Clinical remarks on the relation between empyema and croupous pneumonia; *British medical Journal*, 18 juillet 1891.

insuffisante, soit que l'épanchement soit très cloisonné, soit qu'il manifeste une *tendance exceptionnelle à la reproduction*. Dans ces cas, il conviendra de recourir à la *thoracotomie antiseptique qui fournit naturellement des résultats extrêmement brillants dans la pleurésie métapneumonique*. Dans notre mémoire de 1889 nous avons vu que cette intervention fournit une mortalité de 2, 5, alors que les autres empyèmes donnent 15 décès pour 100 entre les mains des mêmes opérateurs.

Si l'examen bactériologique démontre la présence d'autres microbes à côté du pneumocoque, il conviendra de recourir immédiatement à l'empyème.

B. — PLEURÉSIE PNEUMOCOCCIQUE PRIMITIVE

Ce que nous avons dit de la pleurésie purulente métapneumonique s'applique en tous points à la pleurésie purulente pneumococcique primitive dont nous avons démontré l'existence et qui, comme la première, présente presque toujours le caractère purulent d'emblée.

Washbourn⁽¹⁾ en 1895 a décrit à son tour cette pleurésie pneumococcique primitive sans avoir, semble-t-il, connaissance de mes publications.

Le diagnostic de la nature de cette pleurésie ne pourra être affirmé que par l'examen bactériologique. La viscosité, l'épaisseur de l'exsudat, sa coloration verdâtre fourniront cependant des indications précieuses, en même temps que la connaissance de cas plus abondants de pneumonies dans le même moment.

Comment le pneumocoque gagne-t-il la plèvre? Dans bon nombre de cas, sans doute, la pleurésie en apparence primitive a en réalité succédé à une pneumonie passée inaperçue (pneumonie qui tourne court après la première période, pneumonie marginale). Dans d'autres, il s'agira d'une bronchopneumonie plus facilement dissimulée encore.

Mais il n'est nullement impossible d'accepter que le pneumocoque puisse arriver par les voies aériennes jusque sous la plèvre sans déterminer de lésion inflammatoire du parenchyme pulmonaire. On conçoit encore la possibilité d'une invasion par voie sanguine ou par propagation d'une inflammation du péritoine ou du péricarde.

Julius Arnold⁽²⁾ a montré, en effet, que chez les animaux auxquels il faisait inhaler des poussières, celles-ci peuvent être rencontrées en très grande quantité dans les lymphatiques sous-pleuraux sans qu'il y ait en même temps trace de pneumoconiose. Heller⁽³⁾ a montré qu'à ces vaisseaux lymphatiques sous-pleuraux correspondent des ganglions sous-pleuraux, ganglions qui peuvent être infectés de pigment anthracosique alors que le poumon est indemne.

Kruse et Pansini ont maintes fois déterminé chez le chien des pleurésies à pneumocoques sans traces de pneumonie après inoculation dans la trachée.

Nous avons montré que la pleurésie des enfants est le plus ordinairement une

⁽¹⁾ WASHBOURN, Cases of pneumonia caused by the pneumococcus and with constitutional symptoms resembling those of pneumonia. *Transactions of the medico-surgical Society*, 1894.

⁽²⁾ J. ARNOLD, Untersuchungen über Staub Inhalation und Staubmetastase, Leipzig, 1885.

⁽³⁾ VON HELLER, Ueber subpleurale Lymphdrüsen. *Deutscher Archiv für Klinische Medizin*, LV, 1895.

pleurésie à pneumocoques, 6 fois sur 9, disions-nous dans notre premier travail: 16 sur 28 en 1890, 21 sur 29 au moment de la première édition (1895).

Les chiffres plus importants dont nous disposons à l'heure présente confirment en tous points ces prévisions. C'est ainsi que, sur 55 pleurésies purulentes infantiles traitées par nous de janvier 1895 à juillet 1899, le pneumocoque a été rencontré 45 fois dont 56 à l'état pur, soit 76,5 et 65,6 pour 100. Les observations réunies de Mlle Finkelnstein, Paul Boncour, Eberle et Koplik donnent de leur côté, sur 45 pleurésies, 55 cas à pneumocoques dont 50 à l'état de pureté, soit 75 et 66 pour 100. Ainsi les deux tiers des pleurésies infantiles sont dus au pneumocoque.

On retrouve du reste dans l'histoire de la pleurésie infantile les traits principaux de la pleurésie purulente à pneumocoques et au premier rang la bénignité.

Nous avons eu 54 guérisons sur 56 pleurésies purulentes infantiles à pneumocoques. Eberle 4 sur 4. Les pleurésies purulentes infantiles dues à d'autres micro-organismes sont loin de donner des résultats aussi satisfaisants.

Dans le traitement de la pleurésie purulente infantile à pneumocoques, on procédera comme chez l'adulte et l'on essaiera d'obtenir la guérison d'abord en pratiquant une ou deux ponctions. Il nous a paru, depuis notre séjour à l'hôpital Trousseau, que les cas dans lesquels il est nécessaire de recourir à la thoracotomie sont plus nombreux que chez l'adulte. Nous ne comptons en effet sur nos 54 guérisons que 2 cas de guérison par la ponction, cas auxquels est venu se joindre récemment un troisième.

Historique. — Woillez⁽¹⁾ a consacré un chapitre de son traité des maladies des voies respiratoires aux pleurésies qui se révèlent après la pneumonie et auxquelles il consacre le nom de pneumo-pleurésie.

« Ces pleurésies ont pour caractères principaux, la latence initiale, la résistance à la résorption, le caractère purulent.

« Cette purulence n'est pas constante; mais elle est la règle générale avec de rares exceptions.

« En cherchant dans les annales de la science, on trouverait facilement un assez grand nombre de cas de pleurésies purulentes funestes ayant succédé à des pneumonies.

« Et cependant la gravité exceptionnelle de la pleurésie dans les conditions que je viens de rappeler n'a pas encore été signalée. Elle mérite l'attention du praticien dont le pronostic doit être extrêmement réservé lorsqu'il s'agit d'une pleurésie succédant à une pneumonie, puisque cette pleurésie est habituellement purulente et le plus souvent mortelle. »

Les trois caractères essentiels indiqués par Woillez sont bien ceux de la pleurésie qui succède à une pneumonie. Ce qu'il dit de sa grande gravité, de la mortalité habituelle s'explique sans doute parce que Woillez tient à indiquer que la pneumo-pleurésie est presque toujours purulente, et par la gravité extrême du pronostic des pleurésies purulentes au moment où il écrivait. Woillez signale lui-même une observation de pleurésie purulente métapneumonique guérie par l'intervention en moins de 40 jours.

En 1874, à la Société médicale des hôpitaux, M. Moutard-Martin signale à son

⁽¹⁾ WOILLEZ, *Traité clinique des affections aiguës des voies respiratoires*, 1872.