

plutôt chez les adultes, et quelques-uns des malades avaient déjà atteint ou dépassé l'âge mûr.

Les sujets qui en sont atteints ne présentent pas, en général, des stigmates anciens de tuberculose ou de scrofule, et beaucoup accusent un état de santé satisfaisant avant les premiers symptômes de la pleurésie.

On ne saisit qu'exceptionnellement les causes déterminantes de la localisation du bacille. Chez quelques malades seulement on note l'influence d'un refroidissement, d'un traumatisme.

II

SYMPTÔMES

La pleurésie purulente tuberculeuse peut se révéler de deux façons différentes.

Elle peut succéder à une pleurésie séro-fibrineuse aiguë. Dans ce cas, il est ordinairement possible de déterminer la date du début, grâce à la fièvre initiale du point de côté, à la dyspnée. Il ne faut pas croire que ces phénomènes soient toujours très marqués, et la pleurésie séro-fibrineuse des tuberculeux est elle-même souvent latente. Le médecin, s'il est appelé de bonne heure, reconnaît tous les signes d'un épanchement abondant et pratique une première ponction. *Ce liquide est transparent ou plus ou moins hémorragique.* Il renferme une notable proportion de fibrine qui se rétracte ultérieurement. Au bout de huit ou quinze jours, on reconnaît que l'épanchement, loin de se résorber, se reproduit, et, après un temps variable, il est devenu assez abondant pour demander une nouvelle ponction.

Cette fois encore le liquide est clair ou simplement hémorragique. Un intervalle plus ou moins long s'écoule, et une nouvelle ponction devient nécessaire.

A un moment donné, on constate que cette fois le liquide est moins transparent, qu'il a une teinte louche, qu'il se produit un léger dépôt, qu'il tourne à la purulence.

On est disposé à incriminer la ponction. Mais toutes les précautions ont été prises, le liquide n'a nulle odeur et l'analyse bactériologique n'y montre aucun microbe de la suppuration. Il n'y a du reste aucune modification de la température, aucun des accidents généraux qui accompagnent la suppuration des séreuses.

MM. Monteux et Lop (Congrès français de médecine, Montpellier, 1898) ont traité un cas de pleurésie purulente à staphylocoques dont l'inoculation au cobaye établit la nature tuberculeuse.

L'intervalle mis entre les ponctions est variable, quelquefois il peut être de six mois, d'un an et toujours le liquide devient plus purulent.

A côté de ces cas bien observés dès le début et permettant de suivre la transformation de l'épanchement, il est des pleurésies purulentes tuberculeuses qui semblent purulentes d'emblée.

Ne donnant lieu à aucun phénomène inquiétant le malade, elles sont véritablement latentes. Souvent, c'est à l'occasion d'une affection sans aucun rapport avec la pleurésie que le sujet consulte le médecin, et que celui-ci trouve tous les signes d'un épanchement considérable, élargissant la poitrine, déplaçant le cœur, le foie, etc. Dès ce moment, la première ponction amène un liquide

opaque laissant un dépôt blanc grisâtre abondant. L'épanchement a-t-il été ici purulent d'emblée, a-t-il commencé par être séro-fibrineux? La réponse est difficile. Mais l'histoire des cas observés de bonne heure et relatés plus haut nous porte à admettre que le début de l'épanchement remonte à une époque éloignée et qu'il a commencé par être séreux ou hémorragique.

Dans un certain nombre de cas, l'épanchement ne mérite pas la dénomination d'épanchement purulent, mais plutôt de graisseux. Il est bien opaque, mais d'une teinte laiteuse. C'est exactement l'apparence d'une émulsion dans laquelle peuvent flotter des paillettes micacées. Examiné au microscope, il contient de nombreuses granulations graisseuses d'une grande finesse et quelques gouttelettes graisseuses plus volumineuses. Les unes et les autres sont entièrement solubles dans l'éther. On y trouve encore une grande quantité de cristaux de cholestérine formant par places de véritables amoncellements. Il y a un bien petit nombre de globules blancs.

Voici le résultat de l'analyse chimique d'un exsudat analogue, analyse due à M. Yvon (1) :

Matières organiques 79 ^{re} ,28.	{ Albumine coagulable	68,00
	{ Cholestérine	5,80
	{ Matières grasses	5,40
	{ Matières azotées	1,50
Matières minérales		7,10
Eau		915
Matières non dosées, perte		2,58.

C'est à ces épanchements que l'on convient d'attribuer l'épithète d'*épanchements chyliformes*.

Les pleurésies chyleuses ont fait l'objet de nombreux travaux parmi lesquels il convient de signaler ceux de Guéneau de Mussy, de Quincke, de Debove, de Sainton, et auxquels nous renvoyons. Ces pleurésies chyleuses sont le plus souvent de nature tuberculeuse comme le pensait déjà Guéneau de Mussy. Nous avons montré dans un autre chapitre qu'ils peuvent succéder à une rupture du canal thoracique, etc.

L'absence de la réaction de l'organisme, la latence qui a présidé à la formation d'une pleurésie purulente tuberculeuse persistent fort longtemps, et le sujet peut pendant des années ne présenter aucun trouble apparent notable de la santé.

Ce n'est qu'après un temps assez long qu'apparaissent l'amaigrissement, l'affaiblissement général; que surviennent les symptômes d'hecticité, le plus ordinairement imputables à une infection secondaire quelquefois favorisée par une intervention, ou à une nouvelle localisation tuberculeuse.

Les signes physiques de la pleurésie purulente tuberculeuse n'offrent rien de spécial à cette forme d'épanchement et ne nous arrêteront pas. En revanche, nous consacrerons quelques développements à deux conditions qui peuvent modifier sensiblement ces signes : l'apparition d'un pneumothorax; celle d'un empyème pulsatile.

Au cours d'une pleurésie purulente tuberculeuse l'apparition des signes d'un *hydropneumothorax* n'est nullement exceptionnelle, et, sur nos 15 observations, nous l'avons relevée 4 fois dans des conditions très nettes et sans qu'il ait été

(1) DEBOVE, Pleurésie chyliforme. *Soc. méd. des hôpitaux*, 1887.

possible d'incriminer une ponction. Le signe révélateur de la présence d'air a été la succussion hippocratique, et nous avons vu celle-ci présenter comme intensité et lieu de production des modifications presque quotidiennes.

Le mécanisme qui préside à la production de l'hydropneumothorax est facile à imaginer : c'est la rupture d'un tubercule de la plèvre viscérale et la communication qui s'établit entre la cavité pleurale et les voies aériennes. Cette communication peut exister assez longtemps sans pénétration d'air. Pour que celui-ci ait accès, il faut ou bien un abaissement du niveau du liquide, ou un effort exagéré permettant aux bulles de s'élever à travers celui-ci.

Dans un certain nombre de pleurésies purulentes, l'apparition d'air suit la thoracentèse, et l'on est disposé à incriminer une faute opératoire. Il nous paraît que plus d'une fois la ponction n'a agi qu'en abaissant le niveau du liquide, et en rendant perméable une perforation que ce dernier suffisait à étouffer.

Dans aucun des cas qui nous sont personnels, la pénétration d'air dans la cavité pleurale n'a été accompagnée, précédée ou suivie de vomique. Une fois seulement le malade a présenté à plusieurs reprises dans le crachat un liquide verdâtre assez louche, ayant les caractères du liquide de ces pleurésies.

Une modification de ces épanchements qui a davantage attiré l'attention des auteurs est la production de l'*empyème pulsatile*. Ces pleurésies déjà connues de Baillou, Stokes, Mac Donnel, Aran, Rees, Traube, Guéneau de Mussy, etc., ont été l'objet de plusieurs mémoires et revues de M. Comby (1).

Elles occupent exclusivement le côté gauche, refoulent le cœur sous le mamelon droit. Les pulsations sont isochrones au pouls, perceptibles à l'œil et à la main dans une grande étendue de la poitrine. Elles s'accompagnent, sinon toujours, au moins presque toujours de la présence d'air. Le pneumothorax est toujours latent; pour le constater, il ne suffit pas d'ausculter le malade au repos, il faut le faire tousser, parler, le secouer.

M. Comby pense que les pulsations ne sont perceptibles que dans les cas où le poumon affaissé, sclérosé, est refoulé latéralement et maintenu contre le péricarde par les fausses membranes. Le poumon atelectasié remplirait le rôle de caisse de renforcement et transmettrait ainsi des battements en les renforçant. Cette rétraction du poumon est fréquente, mais elle a manqué chez plusieurs malades. Pour M. Féréol, la condition nécessaire pour les pulsations, c'est la présence du pneumothorax, c'est-à-dire d'un gaz compressible susceptible de transmettre au liquide et à la paroi thoracique les ondulations qui lui sont communiquées par le battement cardiaque. Il faut que ce pneumothorax soit sans communication avec les bronches (pneumothorax fermé), car sans cela la compression des gaz pleuraux se perdrait dans le sens de la moindre résistance.

Peut-être la transmission des battements est-elle possible, comme le voudrait Guéneau de Mussy, par le poumon lui seul (adhérences isolant en quelque sorte une partie considérable du poumon et en faisant une sorte de coussin d'air). Dans tous les cas le mécanisme serait beaucoup moins souvent en cause.

Les pulsations de ces pleurésies ne se perçoivent en général que d'une façon temporaire, par intermittences.

M. Comby insiste sur la gravité du pronostic, sur l'incurabilité des empyèmes pulsatiles, et si quelques exceptions ont été invoquées, elles ne sauraient infirmer sa proposition.

(1) COMBY, De l'empyème pulsatile; *Thèse Paris*, 1881, et *Archives de médecine*, 1875, novembre, décembre; 1880, avril.

III

MARCHE

On peut, avec M. Vaté (1), distinguer trois périodes dans ces pleurésies.

La période de début, sur laquelle nous avons suffisamment insisté, qui, dans la moitié des cas environ, s'accompagne des phénomènes habituels marquant le début de la pleurésie séro-fibrineuse. Sa durée moyenne est de six semaines, durée habituelle de la pleurésie vulgaire. Au bout de ce temps, il survient un amendement très marqué. Les points de côté, la toux ont disparu ou sont notablement calmés; la fièvre a cessé, l'appétit et les forces reviennent; le malade semble entrer en convalescence et, à un moment donné, surtout s'il a suivi un traitement, il se croit en voie de guérison et peut reprendre ses occupations. Il entre alors dans la période d'état.

Celle-ci est surtout remarquable par l'intégrité relative de l'état général. La fièvre fait complètement défaut, c'est tout au plus si quelques malades ont une légère élévation de température le soir. Jamais il n'y a de frissons.

Les forces, malgré une gêne souvent extrême de la respiration, malgré la rétention dans une cavité de l'organisme d'une quantité quelquefois énorme de pus (9 litres dans une observation) se maintiennent d'une façon surprenante.

Les malades peuvent continuer à vaquer à leurs occupations, à voyager, à exercer des professions souvent pénibles (forgeron, tailleur de pierre, tourneur, chauffeur). C'est à peine s'ils maigrissent un peu à la longue et souvent on note qu'ils ont conservé leur embonpoint.

Il n'y a ni diarrhée, ni troubles digestifs.

La respiration présente naturellement des modifications importantes. Mais ces modifications ne sont pas en rapport avec l'abondance de l'exsudat et n'éclatent souvent qu'après une course, une ascension, un effort inaccoutumé.

La durée de cette période d'état est très longue, quelquefois plusieurs années (14, 15 même dans 2 observations) s'écoulent avant la première ponction.

Celle-ci est presque toujours suivie d'une amélioration notable non pas en modifiant l'état du poumon du côté malade, celui-ci est ordinairement trop modifié pour se dilater d'une façon notable, mais en supprimant des conséquences que la déviation du médiastin entraînait dans le poumon du côté opposé et sur le cœur.

Le soulagement qui suit la première ponction dure quelques semaines, des mois, quelquefois même des années. Au bout de ce temps le liquide s'est reproduit et une nouvelle thoracentèse est nécessaire, et pendant un temps variable les ponctions peuvent être répétées, suivies chaque fois d'un soulagement de quelque durée.

Ces pleurésies peuvent-elles guérir? Il est difficile d'imaginer comment, sans intervention, on pourra obtenir l'accolement du poumon ratatiné et de la paroi thoracique qui est nécessaire à la guérison.

Le plus ordinairement les malades succombent par suite de la marche envahissante de la tuberculose ou par suite de maladies intercurrentes.

La guérison est au moins exceptionnelle.

(1) VATÉ, De la pleurésie purulente latente. *Thèse Nancy*, 1889.

IV

DIAGNOSTIC

Est-il possible de porter avant la ponction le diagnostic de pleurésie purulente tuberculeuse?

On pensera à la tuberculose pleurale en constatant la *marche insidieuse*, l'absence de phénomènes généraux, le caractère latent. Mais ces attributs appartiennent, nous l'avons vu, aussi bien à certains épanchements séro-fibrineux qui ne deviendront que plus tard purulents ou qui même pourront disparaître sans passer à la purulence.

Il faudra donc de nouveaux éléments. On pourra tirer l'un d'eux de la longue durée déjà écoulée depuis le début. Les épanchements deviennent à la longue purulents.

On pourra se montrer à peu près affirmatif quand on sera en présence d'une pleurésie pulsatile.

Nous savons en effet que ces pulsations se voient seulement dans les pleurésies purulentes⁽¹⁾, chroniques, qu'elles demandent la coexistence d'un épanchement gazeux peu abondant et que l'histoire ultérieure et les détails nécroscopiques relevés chez ces malades ont montré qu'il s'agissait de tuberculeux.

Nous n'avons pas donné la première place aux antécédents héréditaires ou personnels du sujet, aux signes établissant l'existence de lésions tuberculeuses d'autres organes. Sans dénier toute valeur à ces renseignements, il importe de rappeler que les pleurésies tuberculeuses, de même que les autres tuberculoses primitivement localisées aux séreuses, apparaissent souvent chez des sujets jusque-là bien portants. Il faut ne pas oublier non plus que les tuberculeux peuvent présenter des pleurésies dues à d'autres agents que le bacille de Koch, et que pleurésie purulente chez un tuberculeux n'est nullement synonyme de pleurésie purulente tuberculeuse.

Il arrivera bien souvent de ne pas pouvoir faire le diagnostic avant la ponction. Les caractères physiques de l'épanchement seront déjà bien précieux. Il ne renferme pas de flocons fibrineux, son sédiment est pulvérulent. L'examen au microscope y montre très souvent une quantité de granulations graisseuses, et un nombre de leucocytes infiniment moindre que dans les pleurésies purulentes ordinaires.

A ces renseignements viendront se joindre ceux qui seront fournis par l'examen bactériologique et que nous pouvons ranger par ordre décroissant au point de vue de la valeur :

- 1° Présence du bacille de Koch;
- 2° Absence de tous microbes colorables ou cultivables par les procédés usuels;
- 3° Présence de staphylocoques pyogènes ou d'organismes non pathogènes.

⁽¹⁾ RUMMO cite, il est vrai, une observation de pleurésie hémorragique pulsatile et une autre de pleurésie séro-fibrineuse pulsatile. Ces faits sont uniques jusqu'à présent.

V

PRONOSTIC

Quelles que soient les modalités que présente la pleurésie purulente tuberculeuse, elle n'en conserve pas moins ses caractères principaux : latence, longue durée; caractères qui, suivant la façon de les interpréter, ont fait donner à l'affection l'épithète de bénigne ou de grave.

Bénigne, si l'on considère la longue période de survie sans troubles fonctionnels ou généraux marqués, et si l'on rapproche cette latence de la symptomatologie orageuse de nombre de pleurésies purulentes aiguës.

Grave, si l'on tient compte de l'incurabilité presque sans exception, de l'arrivée fatale d'une phase ultime : cachexie, héciticité, apparitions de nouvelles manifestations tuberculeuses ou symptômes d'infection secondaire pouvant se faire attendre très longtemps.

Mais cette terminaison est toujours à redouter, et, avec MM. Bouveret et Vaté, nous ne pouvons souscrire à l'épithète introduite par M. Sainton⁽¹⁾ : « Variété latente et bénigne d'empyème ».

VI

TRAITEMENT

Peut-on espérer la guérison de la pleurésie purulente tuberculeuse et quelle est l'intervention de choix? Cette question ainsi posée a reçu des réponses très diverses.

L'observation clinique établit que ces pleurésies comportent une survie fort longue. L'anatomie pathologique nous apprend que les altérations des séreuses dues à la tuberculose ne sont pas nécessairement vouées à la transformation, mais peuvent se transformer en tissu fibreux ou crétaqué. L'exsudat lui-même peut, dans cette régression graisseuse qui lui donne l'apparence chyliforme, subir telles modifications qui le rendent inoffensif. Les conditions, on le voit, ne seraient pas trop mauvaises, si le poumon refoulé et comprimé depuis longtemps était capable de s'amplifier de nouveau, de se rapprocher de la paroi thoracique de façon à rendre possible la symphyse nécessaire à une guérison.

On a pensé parer à cet inconvénient en pratiquant l'opération d'Estlander, c'est-à-dire en diminuant le périmètre de la cage thoracique de façon à la mettre en rapport avec le poumon.

Les résultats de cette intervention n'ont pas été toujours fort encourageants. Nombre de malades ont succombé à bref délai, d'autres ont conservé des fistules nécessitant des résections ultérieures, encore insuffisantes. La guérison a été l'exception.

Cependant la résection pluricostale ou les opérations ayant pour but la mobili-

⁽¹⁾ SAINTON, Étude sur une variété latente et bénigne d'empyème. Thèse Paris, 1882.