

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^o Présence du bacille de Koch;
- 2^o Absence de tous microbes colorables ou cultivables par les procédés usuels;
- 3^o 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.

sation d'une partie du thorax (M. Quenu) constituent le mode de traitement rationnel de la pleurésie purulente tuberculeuse, surtout si l'on peut y joindre le raclage au moins d'une partie de la plèvre.

L'empyème simple paraît insuffisant et dangereux. Il ne supprime pas la lésion de la plèvre et il a l'inconvénient d'exposer au cours des pansements la cavité pleurale à des infections secondaires. Nous savons que la pleurésie tuberculeuse est assez exposée à devenir fétide. On peut bien invoquer en faveur du traitement par l'incision simple les heureux résultats qu'elle peut donner dans une autre localisation de la tuberculose sur les séreuses, dans la péritonite tuberculeuse. Mais il n'y a là qu'un rapprochement, et les faits nous paraissent peu favorables à ce mode de traitement.

On pourrait espérer modifier la surface de la plèvre au moyen de l'introduction d'agents antiseptiques. Nous avons vu des pleurésies tuberculeuses traitées sans succès par les injections de teinture d'iode, de sublimé, de chlorure de zinc.

Étant donnée la longue durée de ces pleurésies, l'insuffisance habituelle des opérations radicales, nous pensons, avec MM. Debove, Desplats⁽¹⁾, Spillmann, Vaté, que le traitement palliatif est préférable et qu'il faudra se contenter de soutenir le malade et de faire une ponction toutes les fois qu'elle paraîtra nécessaire. Il peut se faire que, dans certains cas, l'épanchement ne se reproduise qu'à de fort longs intervalles et même que tout liquide disparaisse. C'est ainsi que nous avons vu un épanchement simplement gazeux chez un sujet dont la dernière ponction remontait à près de cinq ans.

La statistique des chirurgiens confirme, ce nous semble, la pratique que nous venons d'indiquer.

Moutard-Martin, Bouveret⁽²⁾, ont vu la mort suivre sans exception la thoracotomie, le premier dans 7 cas, le second dans 5.

Sur 15 pleurésies tuberculeuses traitées à Zurich dans la clinique de Krœnlein, il y a eu :

8 morts.	55,55 pour 100
5 fistules persistantes	20 " —
4 guérisons.	26,67 —

La statistique de Küster donne, sur 31 cas :

41,9 pour 100 décès	
25 — fistules	
29 — guérisons.	

Celle de Runeberg à Helsingfors, si satisfaisante dans les pleurésies purulentes simples, nous donne, sur 4 pleurésies purulentes tuberculeuses, 5 décès, 1 guérison incomplète (fistule).

Max Schede a opéré 45 fois des tuberculeux atteints d'empyème. Il a eu 10 guérisons, soit une mortalité de 78 pour 100.

Simon indique de la façon suivante les résultats des interventions opératoires chez les tuberculeux :

1 pleurésie tuberculeuse (bacilles dans le pus).	Non guérie.
10 pyothorax accompagnant une tuberculose pulmonaire avérée	10 morts.

⁽¹⁾ DESPLATS, *Société médicale des hôpitaux*, 1887.

⁽²⁾ BOUVERET, *Traité de l'empyème*.

Il a eu 5 guérisons sur 6 pleurésies purulentes au cours de la tuberculose.

Ce chiffre élevé de morts et de résultats incomplets n'est guère encourageant ; et encore est-il bien sûr que les cas terminés par guérison se rapportent à des pleurésies tuberculeuses et non simplement à des pleurésies purulentes chez des tuberculeux ?

C. — Pleurésies putrides.

La pleurésie putride n'a pas besoin de définition. *Ce terme s'applique à toute pleurésie dont l'exsudat a le caractère putride, quelle qu'en soit l'origine.*

On donne souvent à ces pleurésies le nom de *pleurésies fétides*, empruntant ainsi le phénomène le plus apparent de ces épanchements. Pour M. Bouveret le terme de pleurésies fétides devrait être réservé aux cas dans lesquels la plèvre et le poumon ne présenteraient pas de gangrène. Aux autres cas conviendrait le terme de pleurésie gangreneuse.

Connues de tout temps, les pleurésies putrides ont surtout été étudiées depuis une vingtaine d'années. On s'est préoccupé d'en établir l'origine et, en 1875, M. Bucquoy s'est efforcé d'établir qu'elles ont pour origine constante une gangrène pulmonaire superficielle corticale. Les travaux ultérieurs ont montré que cette opinion, déjà défendue par Corbin, ne peut s'appliquer à tous les cas. Il convient de citer tout spécialement, parmi les auteurs qui ont écrit après M. Bucquoy, MM. Rendu, Fränkel, etc.

La putridité de ces épanchements est toujours fonction de germes, et il ne peut y avoir pleurésies putrides sans que ces agents de la putréfaction aient pénétré dans la cavité pleurale.

Nous étudierons plus loin les divers agents susceptibles de déterminer le caractère putride d'un exsudat pleural. Il nous faut d'abord rechercher le mécanisme de leur pénétration, les conditions dans lesquelles se développe leur action.

Il est une distinction capitale qu'il importe d'établir dès le début.

Il y a des épanchements putrides d'emblée, il en est dans lesquels la putridité n'est que consécutive. Dans ce dernier cas, la pleurésie initiale a pu être scrupuleusement séro-fibrineuse ou purulente.

Quelle est la fréquence relative de ces deux variétés ? *Nous sommes porté à croire qu'à l'heure présente, les pleurésies putrides d'emblée sont les plus communes.*

Les pleurésies séreuses et purulentes sont en effet traitées de bonne heure, et la ponction et l'incision sont faites avec toutes les précautions nécessaires pour prévenir l'apport des agents saprogènes par les instruments ou au cours des pansements. Nous insistons autant sur la précocité de l'intervention que sur les mesures antiseptiques. Il faut retenir en effet le rôle essentiel de l'état général ; les conditions dépressives de tout ordre qui résultent de la longue durée d'une maladie y ont une importance énorme sur la production des infections secondaires.

Les pleurésies susceptibles de transformation putride sont avant tout les pleurésies chroniques, et chacun s'accorde à reconnaître à ce point de vue un privilège tout spécial à la pleurésie purulente tuberculeuse.