

différente de celles des pleuro-tuberculoses primitives. Le liquide contient un très petit nombre d'éléments, la plupart paraissent très altérés; ils sont irréguliers, à contours déchiquetés, remplis de vacuoles et de granulations réfringentes. On distingue des globules rouges, quelques lymphocytes altérés, et surtout des polynucléaires vieillis, déformés, dont le noyau est très estompé (Ravaut).

Dans le cas de pleurésies infectieuses, à streptocoques ou à pneumocoques (grippales, typhoïdiques, etc.), les polynucléaires dominent à l'exclusion presque complète des autres formes leucocytaires (lymphocytes, mononucléaires): les éléments endothéliaux sont également très clairsemés.

Bien différente encore des deux précédentes est la formule cellulaire des épanchements pleuraux d'origine mécanique: pleurésies des cardiaques, des brightiques, des cancéreux. Dans ces cas on ne trouve dans le dépôt que des placards larges et irréguliers constitués par les cellules endothéliales de la plèvre. Ces cellules sont en effet le plus souvent agglomérées, fusionnées en larges placards à bords polycycliques, placards où les limites des cellules deviennent indécises. Widal et Ravaut les ont constatées dans 12 cas de pleurésies d'origine mécanique. Dans 5 cas l'autopsie et, dans 7 cas, les résultats négatifs des inoculations intra-péritonéales faites aux cobayes ont prouvé que la tuberculose ne pouvait être mise en cause. Non seulement les amas endothéliaux sont la caractéristique des pleurésies mécaniques, mais leur présence dans un liquide pleural permet encore d'exclure l'hypothèse de la tuberculose pleurale; on ne les trouve pas dans le liquide des pleurésies tuberculeuses, sans doute parce que la néo-membrane tuberculeuse pleurale s'oppose à la desquamation en lambeaux de l'endothélium de la séreuse.

On s'explique aisément cette formule des pleurésies mécaniques. Ici, en effet, les agents infectieux n'interviennent pas; il n'y a donc pas de lutte cellulaire, mais seulement des actes de transsudation et de desquamation.

En résumé, ce qu'il importe essentiellement de retenir, c'est que *tout liquide pleural dans lequel on constate des lymphocytes très abondants avec des globules rouges, sans placards endothéliaux, est un liquide de pleurésie tuberculeuse.*

Bien qu'il soit définitivement acquis que la plupart des malades atteints de pleurésie en apparence primitive et franche, de pleurésie *a frigore*, sont en réalité entachés de tuberculose, il ne faut pas considérer comme fatalement sombre le pronostic de la pleurésie ou pour mieux dire le pronostic éloigné, car la maladie elle-même a une tendance naturelle à la guérison. Si, chez beaucoup de pleurétiques tuberculeux, la tuberculose continue à évoluer soit sous forme de tuberculose pulmonaire, soit sous forme d'autres localisations tuberculeuses, immédiatement après guérison de l'épanchement ou après une accalmie plus ou moins longue, chez d'autres non moins nombreux, la pleurésie peut guérir franchement, complètement, et constituera, heureusement pour le malade, la seule et unique manifestation de l'infection bacillaire. On ne compte plus le nombre des pleurétiques ponctionnés et guéris depuis de longues années et dont la santé s'est maintenue parfaite. Ces cas de guérison ont même fourni un appoint aux défenseurs de la pleurésie aiguë *a frigore* (qui d'ailleurs existe chez les animaux (Trasbot). Quoi d'étonnant, d'ailleurs, dans la curabilité de la tuberculose pleurale? Ne savons-nous pas que toutes les tuberculoses sont curables, et plus particulièrement celles qui affectent les séreuses? N'observe-t-on pas fréquemment la guérison de la tuberculose des synoviales articulaires, depuis la simple arthrite jusqu'au pseudo-rhumatisme tuberculeux, celle de la péritonite tuberculeuse, surtout dans sa forme ascitique? La guérison paraît surtout fréquente dans la pleuro-tuberculose primitive.

A. — Traitement médical.

Dans toute pleurésie il faut considérer la cause qui a provoqué l'inflammation de la séreuse et, d'autre part, les phénomènes réactionnels qui sont la conséquence de cette inflammation: c'est-à-dire l'épanchement, le point de côté, la dyspnée, la fièvre, etc., etc.

Jusqu'à ces dernières années, en l'absence de notions précises sur l'étiologie des pleurésies, on s'était borné au traitement symptomatique et l'on essayait de combattre l'épanchement à l'aide de certains moyens dont nous aurons à faire la critique.

Les notions nouvelles acquises sur la nature des pleurésies ont modifié radicalement la thérapeutique de ces affections et montré que les médications en vigueur jusqu'ici ne pouvaient qu'être inefficaces, tandis que le traitement général, institué dès le début, poursuivi avec patience, peut accroître la résistance de l'organisme et lui permettre de résister contre l'infection tuberculeuse, cause habituelle des pleurésies primitives.

« Ni médication interne, ni méthode révulsive, pas plus que la thoracentèse, pour opportunes, pour soulageantes qu'elles soient, ne peuvent être invoquées comme ayant jamais guéri un pleurétique... » (Landouzy).

Occupons-nous d'abord du traitement symptomatique.

Ce traitement, avons-nous dit, n'a qu'une valeur contestable. La tendance naturelle de la pleurésie tuberculeuse à la guérison nous explique très bien les nombreux succès que l'on a attribués aux médications les plus diverses: purgatifs, diurétiques, sudorifiques, vésicatoires, etc.

La révulsion a toujours joué un grand rôle dans le traitement de la pleurésie et, parmi les agents révulsifs, c'est le vésicatoire, dont l'emploi est si discuté et si discuté, qui a tenu le premier rang. Non seulement le vésicatoire a été employé pour combattre le point de côté, mais encore et surtout pour activer la résorption de l'épanchement. Quelques médecins encore, en dépit de toutes les preuves de l'inutilité de ce moyen, lui sont restés fidèles. « On aura beau protester contre ce moyen douloureux et même dangereux, a dit G. Sée (*Maladies simples du poumon*, p. 555), on aura beau accumuler les preuves pour démontrer sa parfaite inutilité, les médecins continueront à l'imposer à leurs malades, car au besoin les malades l'exigeraient de leur médecin. Et cependant le vésicatoire n'a jamais eu aucune action sur la pleurésie. Mais il paraît en avoir une, et c'est là sans doute ce qui explique la persistance de sa vogue.

« Comment les choses se passent-elles, en effet, le plus souvent? Le médecin appelé constate une pleurésie: il s'empresse de conseiller un vésicatoire. Ce premier vésicatoire, appliqué à la période douloureuse, a généralement pour effet de faire disparaître le point de côté. C'est un encouragement: deuxième vésicatoire. Cette fois le résultat est nul, la pleurésie étant en pleine période d'augmentation. Le médecin hésite à ordonner, le malade à accepter un nouveau vésicatoire. On tergiverse, on transige, on fait des badigeonnages iodés: le temps passe et la pleurésie reste. L'application d'un troisième est décidée. Nous sommes au troisième septénaire; du coup l'épanchement a dominé. Un dernier effort, et le quatrième vésicatoire coïncide avec la résorption du liquide. Comment démontrer au malade et surtout au médecin que la guérison n'est pas l'effet de sa