

démontre une grande virulence du microbe, il faudra recourir sans hésitation à l'empyème; les lavages consécutifs ne seront pas nécessaires.

A côté de la pleurésie à pneumocoques, il est une autre variété bactériologique, non moins nettement définie, c'est la **pleurésie purulente à streptocoques**. Contrairement au microbe de Talamon-Fraenkel, le streptocoque offre aux agents de destruction une grande résistance, et présente une longue vitalité, ce qui explique sa longévité dans le milieu pleural, qui lui est éminemment favorable, par suite de l'absence d'air; enfin ses produits sont les plus toxiques de ceux que renferment les liquides pleuraux (Vignalou). On doit toutefois se rappeler que la virulence du streptocoque peut varier beaucoup, suivant sa provenance, et que, si les streptocoques de l'infection puerpérale sont d'une virulence extrême, d'autres streptocoques sont infiniment moins virulents.

Ce qu'il faut surtout savoir, au point de vue pratique, c'est que les pleurésies à streptocoques sont éminemment caractérisées par la reproduction incessante du liquide, à tel point que celui-ci peut se reproduire, même après la pleurotomie, et qu'en tout cas cette reproduction est une règle absolue après la simple thoracentèse; que, d'autre part, contrairement à l'empyème pneumococcique, la pleurésie à streptocoques ne présente aucune tendance à l'évacuation spontanée, et, qu'abandonnée à elle-même, elle fait courir au malade les chances d'une infection généralisée, aiguë ou chronique.

Conclusion: la pleurotomie d'emblée est le plus souvent indiquée comme traitement de cette variété de pleurésie purulente; il existe cependant quelques observations de pleurésies à streptocoques guéries par la simple ponction (une entre autres, de M. Widal, qui, se fondant sur les résultats des cultures et des inoculations lui ayant démontré la faible virulence du pus, avait eu recours à la thoracentèse); toutefois, les exceptions ne peuvent infirmer la règle, et nous concluons, avec M. Netter et beaucoup d'autres, que la pleurotomie précoce est rigoureusement indiquée dans cette variété de pleurésie. Faut-il ou non la faire suivre de lavages? A cet égard il n'existe pas de règle absolue.

La pleurésie à staphylocoques pure est rare; elle évolue assez souvent lentement et d'une façon apyrétique. Elle est justiciable de la pleurotomie précoce.

Il reste à examiner les cas où la pleurésie est due, ce qui est rare, à quelques autres microbes qui existent isolément, tels que le bacille typhique, le bacille encapsulé de Friedländer, etc. — Autant qu'on peut l'affirmer, en raison du petit nombre d'observations publiées jusqu'ici, le traitement précédent leur est applicable de tous points. La pleurésie purulente de la fièvre typhoïde n'est pas aussi grave qu'on pourrait le supposer *a priori*; la gravité de l'état général n'est pas une contre-indication à l'opération. D'ailleurs, une pleurésie purulente à bacilles d'Éberth peut guérir par la seule thoracentèse, dans certains cas (observation de M. Galliard, XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine de 1900).

Quant aux pleurésies aiguës dues à des associations microbiennes, les plus communes sont celles où le pneumocoque est associé au streptocoque; ici encore, même traitement, ainsi que pour les pleurésies purulentes aiguës des tuberculeux, dues à l'association du bacille de Koch aux microbes pyogènes.

La pleurésie gangreneuse, consécutive à la gangrène pulmonaire; la pleurésie putride, telle que celle que l'on peut observer consécutivement à un abcès du foie, à un abcès du poumon, à un cancer de l'œsophage, à l'actinomy-

cose, à l'appendicite, etc., nécessitent également une intervention hâtive. Toutes les fois que chez un malade atteint de pleurésie on constatera des phénomènes généraux particulièrement graves: grand frisson et sueurs abondantes, adynamie, point de côté très violent et persistant, dyspnée considérable, accélération insolite du pouls, on devra songer à une pleurésie putride ou gangreneuse, se hâter de faire une ponction exploratrice et pratiquer immédiatement la pleurotomie, si les ponctions confirment les soupçons.

La pleurotomie sera suivie de lavages. Bouveret donne la préférence pour les lavages aux solutions de chlorure de zinc à 2-5 pour 100. On emploie surtout aujourd'hui les lavages avec des solutions de permanganate à 1 pour 4000 ou avec l'eau oxygénée diluée en proportions variables (de 1 à 20) et l'on restreint le nombre des lavages que l'on multipliait volontiers, il y a peu d'années. Le pronostic de la pleurotomie est grave: sur 11 cas, Manquat n'a relevé que 6 guérisons. Il ne faut cependant pas hésiter à intervenir. MM. Comby et Vogt ont publié (*Soc. méd. des Hôpitaux*) l'observation d'un cas grave d'empyème gangreneux avec pneumothorax, produit par le streptothrix funiculi, qui a guéri par la pleurotomie précoce. M. Netter a observé 6 cas d'empyème où la présence de ce microbe, agent de la fétidité, a été constatée. Sur ces 6 cas, 5 ont guéri.

En résumé, il existe, au point de vue thérapeutique, trois grandes variétés de pleurésies purulentes aiguës:

a. Les pleurésies à pneumocoques que l'on doit, d'une façon générale, traiter d'abord par la ponction, simple ou répétée, mais que l'on ne doit pas hésiter à traiter par l'empyème, si l'épanchement ne présente, après deux ou trois ponctions, aucune tendance à la guérison, et surtout si l'inoculation démontre la virulence de l'agent microbien. La pleurotomie, sans lavages, suffit ordinairement à amener la guérison.

b. Les pleurésies à streptocoques qui peuvent guérir exceptionnellement par la ponction, mais qu'il faut, d'une façon générale, traiter par la pleurotomie précoce, suivie de rares lavages avec un liquide antiseptique.

c. Les pleurésies gangreneuses et putrides qui nécessitent la pleurotomie précoce suivie d'un seul lavage.

La pleurésie chronique, uniquement et exclusivement tuberculeuse, doit maintenant nous occuper. Rappelons qu'elle est caractérisée bactériologiquement par l'absence habituelle du bacille de Koch dans l'épanchement (1 fois sur 4, a-t-on dit), à tel point que pour Fraenkel le meilleur moyen d'en affirmer la nature est de constater dans le liquide l'absence du bacille de Koch et des bacilles de la suppuration; ajoutons que le meilleur élément du diagnostic est en réalité fourni par l'inoculation, qui est presque toujours positive, mais qu'on doit en attendre le résultat pendant plusieurs semaines, puisque c'est du 25<sup>e</sup> au 50<sup>e</sup> jour que l'on peut seulement constater les tubercules, chez les cobayes inoculés dans le péritoine. Ce qui fait la gravité de la pleurésie tuberculeuse, en dehors de l'existence des tubercules dans les poumons ou d'autres organes, c'est l'état de la plèvre qui reste infiltrée de tubercules; c'est, d'autre part, l'état du poumon qui, dans les épanchements anciens, est réduit à l'état de moignon accolé contre la colonne vertébrale par la plèvre rigide, et ne peut dès lors venir combler le vide pleural. On conçoit que la pleurotomie ne puisse