

être recommandée avec assurance dans ce cas, puisque la plèvre béante peut s'infecter avec la plus grande facilité; aussi la plupart des auteurs, entre autres M. Netter, s'en tiennent-ils à la ponction simple, d'autant que le liquide se reproduit très lentement, contrairement à ce qui se passe dans les pleurésies aiguës, et que l'on peut ainsi être utile au malade, sans l'exposer à l'infection purulente rapidement mortelle. La thoracentèse ne doit pas être suivie de lavages, car on ne peut se flatter de détruire les microbes logés dans l'épaisseur de la coque pleurale; et, de fait, on a essayé sans le moindre succès les injections de sublimé, de chlorure de zinc, ou celles de naphthol camphré à petites doses (5 c. c.), etc.

Pour justifier l'abstention de toute intervention active, MM. Debove et Courtois-Suffit font remarquer avec raison que, si l'assimilation de la tuberculose chronique de la plèvre avec l'abcès froid est exacte en ce qui concerne l'étiologie et l'évolution, elle cesse d'être exacte en ce qui concerne l'intervention, puisque l'on ne peut songer à curer la plèvre, à détruire la coque pleurale par le grattage, comme on le fait pour un abcès froid. Mais, dira-t-on, ces considérations sont applicables à la pleurésie ancienne, et ne faut-il pas intervenir si l'occasion se présente de traiter un malade au début d'une semblable pleurésie? Nous répondrons à cela qu'au début, de telles pleurésies sont habituellement séreuses, et par suite traitées uniquement par la thoracentèse, et que d'ailleurs l'intervention précoce n'empêcherait pas l'évolution des tubercules pleuraux et leur fonte purulente. Si nombre de pleurésies séreuses guérissent chez les tuberculeux par la simple ponction, c'est que les tubercules subissent la transformation fibreuse de guérison; sinon ni la pleurotomie, ni la thoracentèse ne peuvent retarder ou empêcher la transformation purulente: ferait-on la pleurotomie précoce, dans ces conditions, qu'il persisterait une fistule inguérissable? Il est vrai que cette éventualité n'est pas regardée comme défavorable par certains médecins!

Donc, en dernier ressort, les ponctions très largement espacées paraissent être le meilleur mode de traitement « palliatif » qui convienne aux pleurésies purulentes chroniques dues aux bacilles de Koch.

L'opération d'Estlander, faite pour supprimer la cavité suppurante dans les cas de pleurésie avec fistule intarissable, a donné un nombre relativement grand de succès, même dans des cas très anciens (5 ans, Bouilly). Elle est contre-indiquée quand il existe une cachexie avancée (liée le plus souvent à la dégénérescence amyloïde), de l'albuminurie.

Les pleurésies purulentes chez les tuberculeux ne sont pas toujours tuberculeuses; elles peuvent être dues à des infections surajoutées (streptocoque, staphylocoque, bacille de Friedländer). La gravité de ces pleurésies, qui affectent une marche subaiguë ou aiguë, dépend autant du terrain sur lequel elles évoluent que de leur nature microbienne. Ces empyèmes peuvent guérir par la pleurotomie, mais le cas est exceptionnel, la marche de la tuberculose empêchant le plus souvent la guérison.

Au point de vue thérapeutique, les empyèmes tuberculeux par infection mixte (bacille de Koch et autre microbe associés) peuvent être assimilés aux empyèmes tuberculeux proprement dits.

Voyons maintenant quels sont les indications spéciales fournies par la locali-

sation de l'épanchement. Sur la pleurésie interlobaire nous n'avons pas à insister, car elle est le plus souvent méconnue et la vomique est le premier signe révélateur. Quand la vomique n'est pas suivie d'une amélioration franche, le chirurgien doit intervenir par la pneumotomie. On peut cependant pratiquer au préalable une ponction, car, dans certains cas, une ou plusieurs ponctions ont suffi à entraîner la guérison (pleurésies à pneumocoques). D'autre part, il est des pleurésies interlobaires pour lesquelles l'abstention est préférable à toute intervention, ce sont les pleurésies tuberculeuses. La pleurésie diaphragmatique, elle aussi, s'évacue fréquemment par vomique; mais si la déformation partielle de la base du thorax, l'œdème de l'espace intercostal, la douleur phrénique, etc., ont fait songer à une pleurésie localisée à ce niveau, et si la ponction exploratrice a confirmé le diagnostic, on pourra pratiquer la thoracentèse, en prenant de grandes précautions pour ne pas perforer le diaphragme, c'est-à-dire que l'on n'enfoncera le trocart ni trop obliquement, ni trop profondément; la thoracentèse est le traitement habituel des pleurésies enkystées du sommet, ainsi que des autres pleurésies partielles et des pleurésies cloisonnées. On la fera suivre d'injections antiseptiques.

L'empyème pulsatile est une variété de pleurésie chronique; s'il a perforé un espace intercostal, il faut ouvrir l'abcès, mais la guérison définitive est rare, il reste une fistule que l'on pourra traiter ultérieurement par l'opération d'Estlander.

#### PNEUMOTHORAX

Il n'existe pas un traitement uniforme s'appliquant à tous les cas de pneumothorax, car cette maladie reconnaît des causes diverses et présente des modalités anatomopathologiques et cliniques variées (pneumothorax gazeux, hydropneumothorax, pyopneumothorax). Il faut, dans le choix du traitement, se guider à la fois sur la notion de cause, sur celle de l'existence d'un épanchement gazeux ou hydro-aérique, enfin sur la nature du liquide épanché dans la plèvre.

Lorsque l'on constate un pneumothorax, on doit immédiatement rechercher s'il est d'origine tuberculeuse ou non, la tuberculose déterminant 80 à 90 pour 100 des cas de pneumothorax.

Le pneumothorax tuberculeux est dû le plus souvent à la rupture de tubercules ramollis, mais il peut être aussi consécutif à la rupture de vésicules emphysemateuses, à une vomique, à la rupture d'une caverne. Le pneumothorax tuberculeux est total ou partiel; il peut être pur, mais le cas est exceptionnel et le plus souvent la plèvre contient un liquide séreux ou purulent; ainsi que Monneret l'avait indiqué, le liquide épanché est habituellement séreux; c'est ce qui résulte clairement de la statistique publiée par Netter (*Société médicale des Hôpitaux*, décembre 1891). Sur 16 cas personnels, M. Netter a relevé 15 fois un épanchement séreux ou séro-purulent; deux fois un épanchement purulent; une seule fois le liquide, primitivement clair, est devenu plus tard purulent. Le liquide séreux ou séro-purulent renferme des bacilles de Koch, ainsi que le démontrent les examens microscopiques et les inoculations, mais il ne contient que ces microbes, à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

Dans les cas de pyopneumothorax, à côté du bacille de Koch existent d'autres microbes, pyogènes ou saprogènes. Ces associations microbiennes sont rares, car la perforation a