

Dieulafoy, elle suffirait à lever tous les doutes et à préciser le diagnostic."

Malheureusement, elle est souvent infidèle; toutefois M. Gary estime que lorsqu'elle est faite soigneusement en région mate et à diverses hauteurs, le fait même de ne rien donner plaide en faveur d'un épanchement collectif interlobaire.

La marche de la température est des plus irrégulières et sans caractère diagnostique. Netter a même observé des cas qui ont évolué sans fièvre. Toutefois la persistance et l'élévation de la fièvre doivent toujours faire soupçonner la *purulence* de la collection; mais il ne faut pas compter sur l'apparition possible de l'œdème ou d'une voussure limitée des parois thoraciques. Cette constatation, excellent symptôme de la purulence des épanchements de la grande cavité, fait défaut dans la pleurésie interlobaire, qui est trop profondément située pour retentir ainsi à l'extérieur.

Mais il existe un symptôme dont la fréquence dans la pleurésie purulente interlobaire est incomparablement plus grande que dans les autres empyèmes, c'est la *vomique*.

La *vomique* s'y manifeste très précoce si on la compare à celle de l'empyème de la grande plèvre, qui met des mois, voire même des années, pour aboutir à ce processus ulcératif.

Dieulafoy l'a vue survenir le 15e et le 18e jour sur deux des huit malades qu'il a observés. Chez un de ceux de M. Gary, ce fut le 9e jour. Fréquemment cette vomique peut être prévue un ou deux jours à l'avance en raison de la fétidité de l'haleine due probablement à une fissure de la poche.

Il est à remarquer d'ailleurs que ce foyer est particulièrement virulent et amène souvent des phénomènes de toxémie générale provoquant une cachexie profonde et parfois la mort rapide avant toute vomique. Celle-ci est parfois très pénible et peut s'accompagner de phénomènes très graves.

On observe aussi parfois, au cours de ces pleurésies, une hémoptysie qui, plus ou moins abondante, suivant le volume du vaisseau atteint, précède, accompagne ou suit la vomique (cas de Prengueber et de Beurmann, de Letulle et Segond, de Guinon, etc.)

Il importe de connaître la possibilité de son apparition dans la pleurésie purulente interlobaire, afin de lui donner sa véritable signification et d'éviter de diagnostiquer une tuberculose en évolution.

Mais si la vomique constitue un élément capital dans le diagnostic si difficile de la pleurésie interlobaire, on possède actuellement, avec la "radioscopie", un moyen d'investigation très précieux, qui peut lever des doutes dans maintes circonstances et qu'il ne faut pas négliger quand on a la bonne fortune de l'avoir à sa disposition.

C'est là un moyen excellent que M. Gary a pu utiliser pour ses malades avec le concours de M. de Lalgade (d'Albi).

Le traitement de cette forme de pleurésie purulente a été très discutée. Quelques auteurs sont peu partisans

d'une intervention active car la vomique amène assez souvent la guérison spontanée. Cependant M. Gary estime que l'abstention n'est pas à conseiller, car elle est toujours dangereuse pour les malades.

La *thoracotomie*, qui a donné quelques succès, constitue, malgré son innocuité, un procédé infidèle et insuffisant. C'est donc la *pleurotomie*, avec ou sans *résection costale*, qui est le traitement de choix de la pleurésie interlobaire, dont l'épanchement imprime des modifications plus ou moins profondes à la direction normale des scissures de l'interlobe. C'est cette opération qu'il a pratiquée chez deux de ses malades qui ont guéri. Le troisième est mort trop rapidement pour qu'on ait eu le temps d'intervenir.

MENINGITE PARATYPHOÏDE.

Il s'agit d'un enfant âgé de quatre ans, qui avait souffert dans ses premiers mois d'une gastro-entérite qui a duré quelques jours, et, plus tard, de bronchites légères, mais dont le développement physique et intellectuel était normal. Subitement pris de fièvre, de vomissements fréquents, de maux de tête, de prostration et de délire, sa température était montée à 39° et 40°. Dix jours après le début de ces accidents, des taches lentificulaires apparaissent sur le ventre, cependant que le séro-diagnostic de Widal restait négatif.

Le quatorzième jour de la maladie, des convulsions ayant apparues, l'auteur pratique une ponction lombaire et extrait 45 cc. environ de liquide céphalo-rachidien légèrement trouble, avec sédiment peu abondant par centrifugation, et une leucocytose polynucléaire abondante.

Les examens directs de ce liquide sur lamelles n'ont rien donné, mais des ensemencements et des cultures pratiqués avec lui, il fut permis à l'auteur d'isoler un bacille de petites dimensions, environ 2 µ, très mobile, aux extrémités arrondies, anaérobie, qu'il a classé, en se servant du tableau de fermentation des sucres de Brault et G. Faroy, parmi les bacilles intermédiaires, dans le groupe Schottmuller B., ce qui révélait la véritable nature de la méningite. Cependant il diffère de ce dernier en ce que ses cultures en bouillon n'offrent ni voile superficielle, ni odeur, et lorsqu'il est cultivé en lait bleui au tournesol il ne modifie pas la couleur du milieu.

L'examen du liquide céphalo-rachidien dans les cas de méningite seule ne suffit pas pour donner la certitude sur l'étiologie de celle-ci. Le seul diagnostic sûr n'est possible que par la culture en milieu de Brigalsky et Conradi ou de Mac'Conky, du bacille paratyphique isolé des urines, des fèces, des abcès ou du liquide céphalo-rachidien, si la méningite existe. Le taux de l'urée, toujours augmentée dans la fièvre typhoïde pendant tout le cours de la maladie, tandis que dans la paratyphoïde elle est diminuée dès le début, peut également mettre sur le chemin du diagnostic.

Ajoutons que le petit malade, après une amélioration de quelques jours sous l'influence de trois ponc-