

RC 46
D 44
V. 4

Les figures intercalées dans cet ouvrage sont dues au Dr P. BONNIER, qui avait déjà fait les figures du « Manuel de Pathologie interne », du Professeur DIEULAFOY.

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOTEL-DIEU

IV

(1901-1902)

PREMIÈRE LEÇON

**COMMENT SAVOIR SI UNE PLEURÉSIE
SÉRO-FIBRINEUSE FRANCHEMENT AIGÜE
EST OU N'EST PAS TUBERCULEUSE?**

CULTURES — SÉRO-DIAGNOSTIC — CYTO-DIAGNOSTIC

MESSIEURS,

Il vous arrivera fréquemment, dans le cours de votre carrière médicale, d'être appelés à juger une question du plus haut intérêt. Vous serez consultés par des malades qui ont été pris en pleine santé de pleurésie aiguë séro-fibrineuse. Leur pleurésie a toutes les apparences d'une pleurésie de bon aloi, elle a les allures de la pleurésie dite franche ou primitive; les conditions dans lesquelles elle s'est développée semblent en faire une pleurésie « *a frigore* », et cependant, instruits par l'expérience, vous doutez de la bénignité du mal et vous vous demandez, non sans quelque anxiété, si cette pleurésie d'apparence primitive n'est pas en réalité

une pleurésie tuberculeuse, ce qui modifie singulièrement le pronostic.

Comment résoudre ce problème parfois si difficile; avon-nous en mains des moyens qui nous permettent de formuler d'une façon précise le diagnostic pathogénique des pleurésies; étant donnée une pleurésie franchement aiguë, *a frigore*, sommes-nous en mesure d'affirmer que cette pleurésie est ou n'est pas tuberculeuse? Telle est la discussion que nous allons entreprendre aujourd'hui à propos de sept malades que nous avons eus cette année dans nos salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne; et, afin que cette discussion ne s'égaré pas, je commence par limiter nettement le sujet.

A l'époque où j'ai commencé mes études médicales, on classait les pleurésies aiguës en pleurésies primitive et secondaires. La pleurésie primitive résultait, croyait-on, d'un refroidissement, d'où le nom de pleurésie *a frigore*; on l'appelait encore idiopathique, voulant indiquer par là qu'elle ne dérivait d'aucun autre processus pathologique; on la nommait aussi pleurésie franche, ce qui excluait l'idée de toute tare originelle. C'est cette pleurésie primitive, idiopathique, *a frigore*, qui avait servi de type à la description générale de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë; en un mot, elle était « la pleurésie » sans autre dénomination.

A cette pleurésie primitive on opposait les pleurésies secondaires, celles qui surviennent dans le cours d'une autre maladie, pneumonie, rhumatisme, mal de Bright, etc., ou qui sont consécutives à des lésions de voisinage, lésions d'organes thoraciques et abdominaux. Dans le groupe disparate de ces pleurésies secondaires, la pleurésie tuberculeuse occupait une situation prépondérante, mais on n'était pas encore familiarisé avec la pleuro-tuberculose primitive, et la pleurésie tuberculeuse était surtout considérée comme une complication de tuberculose pulmonaire.

Peu à peu la question des pleurésies tuberculeuses a été élucidée et on a vu que toutes les pleurésies tuberculeuses ne se ressemblent pas, il s'en faut. A une première catégorie appartiennent les pleurésies qui surviennent chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire avérée, plus ou

moins avancée: lésions du poumon et bacilles dans les crachats, rien n'y manque. Une pleurésie qui apparaît dans ces conditions est presque certainement tuberculeuse, et, du reste, ceci n'a qu'une importance secondaire pour la discussion que nous allons entreprendre, puisque chez pareil malade le but de nos investigations est connu d'avance: ce pleurétique est un tuberculeux.

Rangeons dans une seconde catégorie les pleurésies qu'on suppose être tuberculeuses; on n'a pas de certitude, mais on a des présomptions; le poumon paraît indemne, c'est vrai; néanmoins, les gens chez lesquels se développent ces pleurésies sont suspects de tuberculose; les uns sont de souche tuberculeuse (et pour ma part je suis profondément convaincu du rôle de l'hérédité, à l'encontre de ce qui vient d'être dit au Congrès de Londres); les autres ont eu antérieurement une bronchite tenace dont ils sont guéris, une hémoptysie qui ne s'est plus reproduite, une fistule à l'anus qui a été opérée avec succès, un soi-disant rhumatisme qui n'était qu'un pseudo-rhumatisme tuberculeux¹ dont on a méconnu la nature; certains avaient eu dans leur enfance une adénite cervicale suppurée dont on trouve les traces, une coxalgie qui a laissé une légère claudication, une hypertrophie adénoïdienne avec tuberculose larvée des amygdales². Bref, les pleurésies de cette catégorie ont été précédées à époque plus ou moins éloignée de localisations tuberculeuses dont elles sont une émanation. Elles n'ont pas toujours les allures de la pleurésie franchement aiguë; elles font suite à une phase prodromique, de durée indéterminée, caractérisée par l'amaigrissement, par l'amaigrissement du sujet; cliniquement, je le répète, elles sont suspectes de tuberculose.

Tout autres sont les pleurésies tuberculeuses qui vont maintenant nous occuper; ici rien ne sent la tuberculose, ni dans le passé ni dans le présent; le sujet a été pris de sa pleurésie en pleine santé, sans cause appréciable, ou bien

1. Bérard et Maillard. Rhumatisme tuberculeux. *Gazette hebdomadaire*, 4 novembre 1900.

2. Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales. *Académie de médecine*, séance du 30 avril 1895, et *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 197.

à l'occasion d'un refroidissement, comme on est pris d'amygdalite ou de coryza. Le début et la marche de la pleurésie, l'évolution de l'épanchement, les résultats de la thoracentèse (si elle a été pratiquée), la convalescence elle-même, tout rappelle « les phlegmasies franches » ; c'est le tableau de la pleurésie dite primitive, *a frigore*. Et cependant les apparences sont souvent trompeuses, car c'est ce même individu, guéri de sa pleurésie, que vous retrouverez quelques années plus tard atteint de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, la pleurésie, dont il a guéri, ayant été chez lui la manifestation initiale de l'infection tuberculeuse, qui a suivi son cours : pleurésie phtisogène de M. Jaccoud. C'est tel autre individu qui était complètement guéri de sa pleurésie et qui succombe six mois plus tard à une méningite tuberculeuse. Et ne croyez pas qu'il s'agisse ici de simple coïncidence, ne croyez pas que ces cas soient isolés, ils sont au contraire fréquents : ce sont eux qui ont donné l'éveil et qui ont jeté le doute sur l'existence de la pleurésie *a frigore*.

C'est M. Landouzy¹ qui, le premier, dès 1884, a nettement formulé l'accusation, en dépouillant la pleurésie primitive, *a frigore*, de ses anciens privilèges. Toute pleurésie, dit-il, qui ne fait pas sa preuve, est une pleurésie tuberculeuse, le malade atteint de cette pleurésie fût-il robuste et vigoureux. MM. Kelsch et Vaillard soutinrent l'accusation, et le courant se fit si bien dans ce sens, que la pleurésie *a frigore* perdit une partie de son prestige.

Cependant l'opinion de M. Landouzy ne fut pas sans soulever de vives protestations, on la trouva exagérée, et on chercha des faits à lui opposer. De différents côtés furent alors publiées des observations concernant des gens atteints de pleurésie franchement aiguë, *a frigore*, n'ayant rien à voir, disait-on, avec la tuberculose, puisque ces pleurésies avaient complètement guéri, sans reliquats, et n'avaient été suivies ni à brève ni à longue échéance de manifestations tuberculeuses. Dans les deux camps se rangèrent des partisans également convaincus, et la pleurésie *a frigore*, bien

1. Landouzy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1001. — *Revue de médecine*, 1886, p. 611.

qu'amointrie, conserva des adeptes, et continua à être admise par beaucoup de médecins.

De quel côté se trouve la vérité? Telle est la question que nous avons à débattre. Examinons avec attention les pièces du procès, et serrons de près la discussion, car il n'est pas indifférent, pour l'avenir d'un pleurétique, de savoir si sa pleurésie est ou n'est pas tuberculeuse.

Consultons d'abord l'anatomie pathologique ; recherchons les cas de mort subite chez des individus atteints de pleurésie dite franche, *a frigore*, et voyons si l'autopsie décèle ou non chez eux des lésions tuberculeuses.

Dans une observation publiée par Dujardin-Beaumetz, il s'agit d'un malade mort subitement de son épanchement pleural. Cet homme n'avait aucun signe de tuberculose, sa pleurésie semblait primitive, et cependant l'autopsie révélait une lésion tuberculeuse du poumon¹.

L'observation suivante, de M. Landouzy, pourrait être citée comme un type de pleurésie *a frigore*². Un homme robuste, boulanger de son état, n'ayant aucun antécédent morbide, quitte un soir, tout en sueur, le sous-sol dans lequel il pétrissait la pâte, pour aller chez un cabaretier acheter un litre de vin qu'il devait boire pendant sa nuit de travail. Dans cette course, de la boulangerie chez le marchand de vin, il se sentit *pris de froid* ; il travailla pourtant comme de coutume, et se coucha le lendemain matin. A ce moment éclatèrent les signes pleuraux, point de côté, gêne respiratoire et fièvre. La pleurésie suivit son cours. Quelques semaines plus tard, il était dans le service de M. Landouzy, où il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva dans la plèvre droite un épanchement séro-fibrineux abondant, et on constata au poumon droit quelques petits foyers de tuberculose qui avaient évolué jusque-là d'une façon latente. Bien qu'ayant les apparences de la pleurésie *a frigore*, cette pleurésie était donc de nature tuberculeuse.

Dans leur travail sur les lésions et la nature de la pleu-

1. Dujardin-Beaumetz. *Gazette médicale de Paris*, 1873.

2. Landouzy. Pleurésie dite *a frigore*. *Revue de médecine*, 10 juillet 1886.

résie¹, MM. Kelsch et Vaillard ont publié les cas suivants : Un soldat au 7^e cuirassiers, homme vigoureux et de stature athlétique, est pris d'une pleurésie aiguë. Il meurt subitement en causant avec ses camarades au moment où il allait être dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce. A l'autopsie, on trouve un grand épanchement de la plèvre droite; la plèvre est semée de granulations tuberculeuses.

Un autre soldat de constitution robuste est atteint d'une pleurésie droite. Le malade lisait près de son lit, lorsque subitement il s'affaisse et meurt. A l'autopsie on trouve dans la plèvre droite un grand épanchement; la plèvre est parsemée de nodules tuberculeux. Ces pleurésies séreuses, disent MM. Kelsch et Vaillard, « survenues chez des hommes vigoureux, sans tare tuberculeuse aucune, ayant évolué avec toutes les allures de la pleurésie banale, eussent certainement été considérées comme des pleurésies phlegmasiques, si la mort subite n'était venue interrompre le cours, et révéler leur véritable nature ».

J'ai été témoin autrefois, dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, des deux faits suivants qui ont été publiés par mes internes M. Binet² et M. Legrand³ : un homme de bonne santé habituelle est pris de pleurésie droite attribuée par lui à un refroidissement. Pendant plusieurs jours nous suivons la marche ascendante de l'épanchement qui, d'après notre évaluation, finit par atteindre 2 litres environ. Bien que le malade n'éprouvât aucune dyspnée, nous décidons la thoracentèse; il était 11 heures du matin. Le malade se récrie et, sur sa demande, la ponction est différée jusqu'au soir. Mais, une heure après notre visite, cet homme veut se lever; il est pris de syncope et il meurt avant qu'on ait pu lui porter secours. Au moment de l'autopsie, désirant connaître exactement la quantité de l'épanchement, je pratique la thoracentèse sur le cadavre et je retire 2.200 grammes de liquide citrin. Chez cet homme évoluait une tuberculose

1. Kelsch et Vaillard. *Archives de physiologie*, 15 août 1886.

2. Binet. *Archives générales de médecine*, avril 1884.

3. Legrand. *Archives générales de médecine*, septembre 1887.

latente; nous trouvons, au sommet du poumon, un tubercule crétaqué.

Le second de mes cas concerne un homme robuste n'ayant aucun antécédent tuberculeux. Son métier l'expose à de brusques changements de température, surtout à des refroidissements locaux; il tire des blocs de glace de la glacière et il les porte à dos dans une sorte de hotte. Plèvres et poumons sont donc particulièrement exposés au froid. Cet homme prend un jour une pleurésie, et vient se faire traiter dans notre service. Nous constatons à droite un épanchement évalué à 3 litres environ. On retire successivement en quelques jours 3 litres de liquide, 1 litre par ponction. Dès lors, le malade se sent très bien; toutefois, le liquide continue à se reformer. Quelques jours plus tard cet homme venait de déjeuner dans son lit, il se lève, mais à peine a-t-il fait quelques pas qu'il tombe, le visage cyanosé, les lèvres bleuâtres, et il meurt en quelques instants. Au moment de l'autopsie, voulant me renseigner d'une façon exacte sur la quantité de l'épanchement, cause de la mort subite, je pratique la thoracentèse sur le cadavre et je retire 2.130 grammes de liquide. Je constate ensuite que chez cet homme évoluait une tuberculose pulmonaire et pleurale, et cette pleurésie, qui avait les apparences d'une pleurésie *a frigore*, prise au contact d'une hotte glacée, était en réalité tuberculeuse, car nous trouvons une tuberculose de la plèvre et un noyau tuberculeux du poumon.

Une observation de M. Widal, dont je vous parlerai à la prochaine séance, concerne un jeune garçon atteint d'une pleurésie ayant les caractères de la pleurésie franchement aiguë à grand épanchement. Le malade succombe subitement et à l'autopsie on trouve une tuberculose de la plèvre en voie d'évolution.

Vous conviendrez que voilà un certain nombre de faits qui donnent singulièrement à réfléchir. Des gens robustes sont pris en pleine santé de pleurésie franche, dite *a frigore*; ils succombent subitement, et à l'autopsie on constate que leur pleurésie est en réalité tuberculeuse.

Parfois, l'individu atteint de pleurésie franchement aiguë

recouvre après sa maladie toutes les apparences de la santé, on le considère comme définitivement guéri; mais voilà que, quelques semaines ou quelques mois plus tard, il est enlevé par une granulie ou par une méningite témoignant de la nature tuberculeuse de sa pleurésie. J'ai été témoin en 1884 du fait suivant : un garçon de vingt-huit ans, vigoureux, mécanicien de son état, entre dans mon service pour une pleurésie *a frigore* prise trois semaines avant. Rien ne pouvait faire suspecter la tuberculose; c'était un type de pleurésie franche. Je constate à gauche un grand épanchement que j'évalue à deux litres; je commence par retirer un litre de liquide séro-fibrineux, et je ne vais pas au delà, ayant l'habitude, afin d'éviter tout accident, de ne jamais retirer plus d'un litre en une séance. Quelques jours plus tard je retire un second litre. Tout va bien, le malade guérit et retrouve sa belle santé. Mais, six mois plus tard, il revient dans mon service avec les signes d'une méningite et il succombe en quelques jours. A l'autopsie nous constatons la guérison de la pleurésie, il ne reste plus que quelques adhérences pleurales, mais nous trouvons une méningite tuberculeuse et quelques granulations au poumon¹.

Dans ses recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre, M. Péron arrive aux conclusions suivantes : « La pleurésie dite franche aiguë est de nature tuberculeuse dans l'immense majorité des cas; elle est due à une infection tuberculeuse souvent discrète de la plèvre². »

Les recherches anatomo-pathologiques, vous le voyez, plaident en faveur de la nature tuberculeuse de la pleurésie franchement aiguë, *a frigore*.

Maintenant, que nous enseigne la clinique? Elle confirme dans bien des cas l'anatomie pathologique, elle nous enseigne que bon nombre de malades atteints de pleurésie en apparence primitive et franche, sont en réalité entachés de tuberculose, puisque, alors même qu'ils seraient guéris de leur pleurésie, l'infection tuberculeuse, quelques mois ou quelques

1. Binet. *Archives générales de Médecine*, avril 1884.

2. Péron. *Thèse de Paris*, 1895, et *Presse médicale*, 19 février 1898.

années plus tard, envahit les poumons, les méninges, le péritoine, ou d'autres régions de l'économie. Il est évident que chez ces malades la pleurésie n'a été qu'une localisation plus ou moins précoce de l'infection bacillaire. Mais la clinique nous apprend également qu'il est d'autres malades chez lesquels la pleurésie franchement aiguë, à grand épanchement, peut guérir sans laisser aucune tare tuberculeuse, et le malade, devenu désormais un sujet bien portant, va parcourir dix ans, vingt ans de son existence, sans que ni lui ni ses descendants éprouvent aucune des manifestations de l'infection tuberculeuse.

On peut à ce sujet consulter plusieurs statistiques : celle de Fiedler, en Allemagne, porte sur 92 pleurétiques atteints de pleurésie séro-fibrineuse qu'il a ponctionnés; sur ce nombre, 17 sont morts tuberculeux à l'hôpital, 8 ont succombé à la tuberculose après leur sortie de l'hôpital, 66 ont quitté l'hôpital tuberculeux ou suspects de tuberculose, et 21 étaient en bonne santé un ou deux ans au moins plus tard¹. Les statistiques de Barrs et de Bowditch en Angleterre, celles de MM. Mayor et Ricochon en France, donnent des résultats qui ne sont pas concordants, mais néanmoins l'élément tuberculeux y occupe la plus large part. Il y a quelques années je me suis livré à une enquête auprès de mes collègues (Brouardel, Grancher, Vergely, Lépine, etc.) afin de connaître leur opinion et le résultat de leurs observations. M. Vergely m'a envoyé quatre observations concernant des pleurétiques ponctionnés il y a quinze ans, vingt ans, vingt-deux ans et étant fort bien portants, eux et leur descendance. M. Lépine m'a fait part d'une demi-douzaine d'observations concernant des pleurésies observées il y a un grand nombre d'années et n'ayant jamais été suivies de manifestations tuberculeuses. M. Corriveau² a publié un intéressant travail relatif à la bénignité absolue de nombreuses pleurésies qu'il a eu l'occasion d'observer dans une période de vingt-cinq ans et qu'il

1. Les détails de ces statistiques sont consignés dans l'article de M. Netter, *Traité de médecine*, t. IV, p. 979.

2. Corriveau. *Rapports étiologiques de la pleurésie avec la tuberculose*. Bordeaux, 1888.

a pu suivre longtemps. M. Dreyfus-Brisac a vu des malades qui sont restés bien portants après avoir été guéris par lui d'une pleurésie aiguë.

Depuis mes premiers travaux sur la thoracentèse par aspiration, qui datent de plus de trente ans, j'ai ponctionné un grand nombre de pleurésies. J'ai perdu de vue presque tous les malades d'hôpital, mais j'ai pu suivre de près bien des malades traités en ville et je puis citer onze cas concernant des gens atteints de pleurésie franchement aiguë, ponctionnés par moi, qui ont guéri sans que jamais ait apparu aucune manifestation tuberculeuse.

Je dois au D^r Lamarre (de Saint-Germain) le récit d'un fait bien intéressant qu'il avait déjà raconté à Potain. Le voici : Autrefois, à Saint-Germain, le magasin à fourrages du régiment était situé rue d'Alsace, à un kilomètre du quartier. La place du château est à moitié distance, à peu près, du chemin qui va du magasin à fourrages au quartier. Quand M. Lamarre fut nommé médecin adjoint de l'hôpital de Saint-Germain, hôpital à la fois civil et militaire, on venait de raser à la hauteur d'un mètre les murs extérieurs des fossés du château, qui, de pénitencier militaire qu'il était, allait devenir un musée. Ce mur devint un reposoir tout naturel pour les soldats qui portaient à dos 50 kilogrammes de paille ou de foin ; partis du magasin à fourrages et arrivés à moitié de leur course, en sueur, ils s'adossaient contre le mur, de façon à faire reposer leur fardeau sur la crête du mur. C'était une halte à mi-chemin dont les hommes avaient pris l'habitude. Mais voilà qu'une épidémie de pleurésie aiguë *a frigore* éclata dans le régiment, tandis qu'on n'en voyait pas dans la population civile. Toutes ces pleurésies étaient à droite; elles guérissaient fort bien, avec ou sans ponction suivant le cas.

Il s'agissait bien là, dit M. Lamarre, de pleurésie *a frigore*. Le coin de la place du château où se reposaient les militaires en sueur était abrité contre les vents, moins le vent nord-est, parfois glacial, qui cinglait le côté droit de la poitrine de ces hommes. C'était un vrai coup de froid. A la demande de M. Lamarre et du médecin-major du régiment, le colonel

fit défendre aux hommes en corvée de s'arrêter à cet endroit dangereux, et on ne vit plus de pleurésies.

Mais les régiments de garde changent tous les six mois, et, dans le régiment nouvellement arrivé, la même cause provoqua de nouvelles pleurésies; il fallut de nouveau interdire aux hommes de corvée l'arrêt et le repos contre le mur. Cette expérience (car ce fait a la valeur d'une expérience) fut plusieurs fois renouvelée avec la même régularité. Ce reposoir néfaste a provoqué une cinquantaine de pleurésies auxquelles du reste aucun soldat n'a succombé.

Outre ces faits, un peu spéciaux, M. Lamarre a observé dans sa clientèle civile, depuis une trentaine d'années, une vingtaine de pleurésies qui ont parfaitement guéri sans le moindre reliquat tuberculeux.

A ne s'en tenir qu'aux faits cliniques, on voit donc que la guérison de la pleurésie franchement aiguë sans aucun reliquat de tuberculose n'est pas tellement rare. Ces faits fournissent un appoint aux défenseurs de la pleurésie aiguë *a frigore*: « Vous voyez bien, disent-ils, que ces pleurésies-là ne sont pas tuberculeuses! » Du reste, ajoutent-ils, la pleurésie *a frigore* existe chez les animaux, pourquoi n'existerait-elle pas chez l'homme? M. Trasbot, dans une intéressante communication¹, a démontré que la pleurésie *a frigore* est fréquente chez le cheval, chez le chien, chez le mouton, et peut n'avoir chez ces animaux rien de commun avec la tuberculose. A l'appui de cette opinion il a cité les faits suivants : En 1871, dans un régiment de marche des cuirassiers qui venait d'être formé avec des chevaux *tondus*, récemment achetés, lesquels couchaient dehors, attachés au piquet, souvent sans la moindre couverture, il y eut en quelques semaines une trentaine de pleurésies, presque toutes mortelles. Le fait a été si frappant que l'administration militaire a défendu aussitôt de continuer les achats de chevaux tondus.

M. Duvieusart a vu 400 cas de pleurésie, dont 60 terminés par la mort, dans un troupeau de 400 moutons qu'on venait

1. Trasbot. *Académie de médecine*, séance du 24 mai 1892.

de tondre pendant un mois de février très froid. Or ces animaux n'étaient nullement tuberculeux, et le liquide de leur pleurésie injecté à des cobayes n'a jamais engendré la tuberculose.

M. Rousseau a vu plusieurs chiens très vigoureux atteints de pleurésie après avoir, en plein hiver, suivi pendant près d'une heure un cerf dans un étang. Dans tous ces cas, ajoute M. Trasbot, il ne s'agissait nullement de sujets tuberculeux.

Je cite textuellement les paroles de M. Trasbot : « Les trois espèces domestiques, cheval, chien et mouton, chez lesquelles on rencontre le plus souvent la pleurésie, sont précisément celles qui sont le plus rarement tuberculeuses... Ainsi les faits tirés de l'observation clinique étendue à diverses espèces animales sont en contradiction formelle avec l'idée que la pleurésie puisse être dans ces espèces une forme de la tuberculose. Or, cette proposition, qui se dégage ainsi avec une évidence parfaite des données de la clinique, est en outre absolument confirmée par l'expérimentation. En injectant à des cobayes ou à des lapins le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse du cheval ou du chien, on ne leur a jamais communiqué la tuberculose. Je l'ai fait pour ma part un bon nombre de fois, poussant le liquide dans la plèvre, dans le poumon, dans le péritoine et le tissu conjonctif, et tous les résultats à ce point de vue ont été invariablement négatifs. »

Il est donc indéniable que la pleurésie *a frigore* non tuberculeuse est fréquente chez les animaux. Cette étude de médecine vétérinaire montre la valeur du refroidissement dans la détermination de la pleurésie chez les animaux; mais bornons notre étude à la médecine humaine et posons de nouveau la question : existe-t-il chez l'homme une vraie pleurésie *a frigore*, non tuberculeuse, et, si elle existe, par quels moyens peut-on la différencier de la tuberculose?

Pour essayer de répondre à cette question on a fait appel aux ressources multiples du laboratoire. Je vais vous exposer les résultats qui ont été obtenus.

On a pensé que l'inoculation du liquide pleurétique dans

le péritoine des cobayes fournirait des renseignements précieux, l'inoculation devant transmettre à l'animal la tuberculose expérimentale, si le liquide inoculé était de nature tuberculeuse.

MM. Chauffard et Gombault¹ ont ainsi obtenu 50 p. 100 de résultats positifs. Les inoculations pratiquées par M. Netter avec l'exsudat de pleurésies fibrineuses, en apparence primitives, essentielles, *a frigore*, ont donné 8 résultats positifs sur 20 cas, soit 40 p. 100². M. Netter a publié une nouvelle série comprenant 14 pleurésies, dont 5 en apparence primitives. De ces cinq pleurésies en apparence primitives, deux ont donné la tuberculose au cobaye. Les résultats auxquels nous sommes arrivés à ma clinique de l'Hôtel-Dieu sont sensiblement comparables. Quand on inocule dans le péritoine des cobayes, non pas une petite dose de liquide pleural, mais une dose de 20 centimètres cubes, ainsi que l'ont fait MM. Péron et Le Damany³, on augmente les chances de réussite; néanmoins, on a encore pas mal d'insuccès. Mon interne M. Nattan-LARRIER a inoculé du liquide de pleurésie tuberculeuse dans le péritoine de femelles pleines et il a plusieurs fois obtenu l'avortement.

En résumé, la méthode des inoculations donne des renseignements précieux, mais, dans un assez grand nombre de cas, elle laisse planer le doute sur la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de la pleurésie; la valeur de l'inoculation est absolue quand le résultat est positif, mais un résultat négatif ne prouve pas que la pleurésie ne soit pas tuberculeuse. Tous les observateurs ont constaté qu'une pleurésie manifestement tuberculeuse peut donner des résultats négatifs après inoculation de liquide pleural⁴. Le résultat négatif est facile à comprendre, l'épanchement pouvant être très peu virulent et les bacilles pouvant être répartis dans le liquide pleural à un tel degré de dilution qu'on n'introduit

1. Chauffard et Gombault. *Société médicale des hôpitaux*, 9 avril 1886.

2. Netter. *Société médicale des hôpitaux*, 17 avril 1891.

3. Le Damany. Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses primitives et secondaires. Thèse de Paris, 1897.

4. Gilbert et Lion. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.