

qu'elle était constituée par le liquide pleurétique passé dans les bronches au moyen d'une perforation pulmonaire. Mais, s'il en était ainsi, elle devrait s'accompagner de pneumothorax, ce qui n'existe pas; aussi Hérard, Behier, Moutard-Martin, l'attribuèrent-ils à un œdème aigu du poumon, opinion admise aujourd'hui.

On a incriminé l'aspiration comme étant la cause de l'expectoration albumineuse, mais M. Dieulafoy, reprenant les observations, a montré que, sur 16 cas de thoracentèse suivis d'expectoration albumineuse, 4 fois seulement on s'était servi de l'aspiration, et 5 fois sur les 6 cas suivis de mort. La plupart des malades d'ailleurs avaient des pleurésies compliquées de lésions aortiques ou mitrales d'hyperthrophie du cœur, d'adhérences pleurales, de lésions tuberculeuses du poumon, etc.; dans les autres cas on avait retiré en une seule fois de 2 à 5 litres de liquide: on comprend dans ces conditions la production de la congestion intense du poumon brusquement décomprimé, et la difficulté qu'a le malade à supporter cette congestion s'il est déjà atteint d'autres lésions cardiaques ou pulmonaires. « Ce n'est pas à l'aspiration qu'il faut reprocher les accidents, c'est à l'aspiration prolongée outre mesure; c'est à l'emploi de trocarts trop volumineux » (Dieulafoy); aussi doit-on faire la thoracentèse avec une aiguille fine et ne pas retirer en une seule opération plus de 1000 à 1500 grammes de liquide surtout si la pleurésie est ancienne.

La *mort rapide, après la thoracentèse*, n'est pas due uniquement à l'œdème aigu; elle a pu être attribuée quelquefois à une thrombose du cœur, de l'artère pulmonaire ou à une embolie cérébrale: ces causes produisent la mort rapide en dehors de la thoracentèse et celle-ci ne saurait être incriminée.

Il en est de même vraisemblablement dans les cas de mort par syncope peu après, pendant, ou même avant l'opération (Chaillou): on pourrait tout au plus se demander si la crainte de l'opération, ou le choc nerveux produit par elle auraient joué le rôle de cause déterminante chez un malade atteint de péricardite ou de myocardite.

La *transformation purulente* de l'épanchement est une des grosses objections qu'on a faites à la thoracentèse par aspiration, et tout récemment à l'Académie de médecine, MM. Verneuil et Hardy l'ont de nouveau soulevée, bien que M. Dieulafoy eût déjà pris le soin de la réfuter: « Quelles que soient les précautions prises, le trocart fût-il aussi aseptique que possible, il n'en blesse pas moins la plèvre enflammée dont il provoque ainsi la suppuration », a dit M. Verneuil. M. Dieulafoy a répondu par des chiffres: sur 580 ponctions qu'il a faites tant en ville qu'à l'hôpital pour des épanchements séro-fibrineux ou hémorragiques, il n'a pas vu la purulence en résulter une seule fois, et il peut répéter: « Si la transformation purulente a lieu, ce n'est pas en tout cas l'opération qu'il faut incriminer, c'est l'opérateur. »

*Lorsque l'épanchement est tari, quand la pleurésie paraît entièrement guérie, le rôle du médecin n'est pas terminé.* Cela est évident, banal, pour les pleurésies manifestement secondaires des tuberculeux avérés, des cardiaques, des brightiques, etc. Aussi n'est-ce pas de celles-là que nous voulons parler, mais de la pleurésie dite franche, aiguë, *a frigore*, celle qui se termine par le retour à une santé en apparence parfaite. A plusieurs reprises nous avons insisté sur ce fait qu'elle est souvent accompagnée d'une congestion tuberculeuse du sommet du poumon, tuberculose dont l'évolution continue, et qui, après un intermède plus

ou moins long, se manifestera par ses signes ordinaires. Ces pleurétiques sont des tuberculeux pulmonaires à la première période, à la période de germination (Grancher), ainsi que l'indique la persistance des altérations du murmure vésiculaire: ce sont ceux-là surtout qui bénéficient de la thérapeutique si elle est bien conduite par le médecin et scrupuleusement suivie par eux.

Sur le sommet qui respire mal il faut faire une révulsion continue pendant des semaines, des mois, jusqu'à ce que le murmure vésiculaire ait perdu ses caractères de faiblesse ou de rudesse qu'il conserve si longtemps: les badigeonnages à la teinture d'iode, les pointes de feu, et surtout les petits vésicatoires volants fréquemment répétés seront les moyens mis en usage autant qu'il sera nécessaire.

Quant au traitement général il doit être l'objet de soins tout particuliers: la gymnastique respiratoire, les exercices du corps, la vie au grand air, le séjour dans les climats chauds en hiver, la suralimentation, « alimentation à doses thérapeutiques » (Debove) avec la pulpe de viande crue, les poudres de viande, arriveront ordinairement à arrêter dans son évolution cette tuberculose pulmonaire commençante.

Il y a donc dans la connaissance de la nature de la pleurésie plus qu'une question de doctrine, déjà fort intéressante par elle-même; il y a une question de pratique importante au plus haut point, puisqu'elle met le médecin en garde contre une confiance trompeuse pour lui, dangereuse pour le malade.

On a fait une objection, en apparence bien embarrassante, aux partisans de la nature presque constamment tuberculeuse de ces pleurésies. Tandis que l'inoculation établit que presque toutes ces pleurésies sont tuberculeuses, l'histoire ultérieure nous fait voir que beaucoup, les deux tiers de ces sujets, restent indemnes. Faut-il admettre que dans ces cas la manifestation atténuée de la tuberculose a conféré une certaine immunité? A l'appui de cette thèse on peut faire valoir que le liquide de l'épanchement contient des éléments favorables à la résorption. Nous rappellerons que Gilbert (de Genève) a employé avec succès ces inoculations sous-cutanées du liquide pleurétique recueilli dans la plèvre du malade. Cette méthode a été appliquée avec des résultats non moins satisfaisants par Scarpa et par Breton, de Dijon.

## CHAPITRE II

### PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES

Sous le nom de pleurésies hémorragiques on réunit tous les épanchements pleuraux qui sont franchement d'aspect hémorragique: cet aspect est dû, non pas seulement, comme celui des liquides pseudo-hémorragiques, à la dissolution de la matière colorante du sang, mais à la présence de globules sanguins dont la forme, grâce à la composition du liquide, est indéfiniment conservée. Les globules rouges existent dans tous les épanchements pleuraux, mais au nombre de 200 ou 500 seulement par millimètre cube, c'est-à-dire en nombre insuffisant pour colorer la sérosité; celle-ci ne prend une teinte rosée que s'il y a environ

5 à 6000 globules rouges par millimètre cube (Dieulafoy). Mais, dans ce cas, le liquide ne devient pas par la suite plus franchement hémorragique; il a, au contraire, de grandes tendances à devenir purulent; c'est l'épanchement histologiquement hémorragique de Dieulafoy, distinct des pleurésies hémorragiques qui ne deviennent pas purulentes.

Dans la pleurésie hémorragique le nombre des globules sanguins est toujours considérable, il est quelquefois le dixième du nombre des globules rouges du sang : le liquide a une teinte rose, rouge ou rouge foncé, rouge brun. La présence de ces globules rouges dans le liquide pleural est due à une hémorragie de la plèvre, le sang se mélange en quantité variable à la sérosité déjà exsudée, ou, rarement, constitue tout l'épanchement, comme s'il s'agissait d'un hémorax traumatique; il se coagule rapidement, et le caillot fibrineux contient d'abord les globules sanguins; mais soumises à une sorte de brassage, à chaque inspiration, entre le poumon et la paroi, les mailles de fibrine laissent échapper peu à peu les globules sanguins qui nagent alors dans le plasma du sang et dans la sérosité pleurale, s'il en existe (Trousseau). Ainsi s'expliquent les différences dans la teneur en fibrine que l'on trouve entre les liquides évacués par thoracentèse, suivant que ce liquide est du sang presque pur ou mélangé à un exsudat séro-fibrineux pleurétique.

La pleurésie hémorragique est relativement rare. A la clinique de Munich on en a observé en six ans 14 sur un total de 227 dont 69 pleurésies sèches, 114 pleurésies avec épanchement séro-fibrineux, 50 avec épanchement purulent.

Les signes physiques des épanchements hémorragiques sont ceux des autres épanchements : matité absolue avec perte d'élasticité, absence plus ou moins complète de vibrations, diminution ou abolition du murmure vésiculaire, souffle à caractères variables avec la quantité de liquide, égophonie ou broncho-égophonie, pectoriloquie aphone assez souvent (Jaccoud, Dieulafoy), œdème de la paroi quelquefois (Dieulafoy, Barbe), déplacement plus ou moins considérable des organes voisins, et déformation du thorax. Aussi le diagnostic de la qualité de l'épanchement est-il à peu près impossible : on diagnostique, suivant les cas, épanchement séro-fibrineux ou épanchement purulent, en se basant sur des signes incertains, comme la pectoriloquie aphone et l'œdème de la paroi, ou sur l'aspect général du malade : c'est la ponction seule qui peut relever l'erreur.

Dans quelques conditions données, comme l'existence bien connue d'un cancer du poumon et de tout autre organe, et la marche insolite de l'épanchement, on peut supposer que le liquide est hémorragique, mais ce n'est qu'un diagnostic de probabilité, puisque le cancer pleuro-pulmonaire peut, comme la tuberculose, produire aussi bien un épanchement séro-fibrineux qu'un épanchement hémorragique.

*Les signes fonctionnels et l'évolution des pleurésies hémorragiques varient au contraire, essentiellement, avec les causes qui les produisent.*

La pleurésie hémorragique peut se rencontrer exceptionnellement au cours de la *cirrhose du foie*, du *mal de Bright* qui produisent bien plus fréquemment une pleurésie séro-fibrineuse, dans les *fièvres éruptives* ou les *fièvres graves hémorragiques*, le *scorbut*, etc., où il n'y a pas à vrai dire inflammation mais simplement hémorragie pleurale; dans *certaines phlegmasies pleuro-pulmonaires infectieuses* comme dans les deux cas d'infarctus infectieux vus par Ehrlich, comme dans les observations de Charrin et Roger, de Kelsch, dans les-

quelles il faut peut-être incriminer plutôt la tuberculose coexistante que le bacille typhique. L'hémorax enfin, en dehors des hémorax traumatiques, peut succéder à l'*ouverture d'un anévrysme de l'aorte* dans la plèvre.

Toutes ces variétés de pleurésies hémorragiques sont rares, exceptionnelles même, et ne méritent pas une description à part, description qui se déduirait d'ailleurs facilement des notions étiologiques.

*Les trois grandes variétés de pleurésies hémorragiques sont : la pleurésie tuberculeuse, la pleurésie cancéreuse, l'hématome pleural<sup>(1)</sup> : bien que rares relativement aux pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, elles ne sont pas cependant exceptionnelles.*

**Pleurésie tuberculeuse.** — Comme la pleurésie séro-fibrineuse, la pleurésie hémorragique peut accompagner la tuberculose pulmonaire ou résulter d'une tuberculose pleurale primitive.

Elle s'observe au cours de la tuberculose aiguë mais aussi, contrairement à l'opinion émise d'abord par M. Moutard-Martin, au cours de la tuberculose chronique<sup>(2)</sup>.

Dans le premier cas elle survient tantôt en même temps qu'une granulie, tantôt pendant l'évolution d'une pneumonie tuberculeuse. Il se forme un épanchement d'abondance moyenne, qui se reproduit rapidement après la thoracentèse : la pleurésie n'est qu'un épiphénomène de la tuberculose aiguë qui suit sa marche ordinaire et fatale.

Lorsque la pleurésie hémorragique se produit au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique elle débute, comme une pleurésie séro-fibrineuse, soit brusquement, soit insidieusement; l'épanchement se caractérise par les signes physiques ordinaires, atteint facilement 2 litres et plus, a le plus souvent une couleur rose ou rouge clair, et se reproduit dans les cinq ou six jours qui suivent la thoracentèse, perdant ordinairement de plus en plus sa teinte hémorragique jusqu'à ce qu'il ait l'aspect d'un épanchement séro-fibrineux. Après un certain nombre de ponctions, 7 ou 8 quelquefois, il ne se reforme plus, les feuillets de la plèvre adhèrent l'un à l'autre et la tuberculose pulmonaire continue son évolution.

Dans d'autres cas il n'existe ni tuberculose pulmonaire aiguë, ni tuberculose chronique, la pleurésie hémorragique débute comme une pleurésie dite franche aiguë : la ponction donne un liquide hémorragique qui se reproduit rapidement après chaque ponction en sept ou huit jours, puis diminue de plus en plus et enfin tarit complètement. Quelques mois ou quelques années plus tard, le malade est pris d'une tuberculose pulmonaire qui suit son évolution ordinaire. Il s'agit vraisemblablement, dans ces cas, de la forme de tuberculose pleuro-pulmonaire étudiée par M. Grancher (voir : Pleurésies séro-fibrineuses) dont l'évolution se fait en deux phases, l'une pleurétique, l'autre pulmonaire, séparées par un intervalle plus ou moins long, et dont le diagnostic est possible, ordinairement par la recherche du schéma n° 2. La seconde phase, comme on le sait, n'est pas absolument obligée et cette forme de pleurésie peut guérir complètement avec formation de symphyses pleurales le plus souvent.

Il est enfin possible que l'épanchement hémorragique soit le résultat d'une

<sup>(1)</sup> ROBERT MOUTARD-MARTIN. Étude sur les pleurésies hémorragiques néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse; Thèse Paris, 1878.

<sup>(2)</sup> DIEULAFOY. Des pleurésies hémorragiques; *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1885.

tuberculose pleurale primitive qui reste cantonné à la plèvre, d'une tuberculose locale en un mot. Son évolution, on le conçoit, sera celle des épanchements séro-fibrineux de même origine.

La présence du sang dans les épanchements de nature tuberculeuse s'explique par la richesse vasculaire des néo-membranes, par la dégénérescence vitreuse et la nécrose des parois vasculaires (Kelsch et Vaillard). L'hémorragie, qui se fait grâce à la rupture de ces vaisseaux altérés, ne forme pas en général tout l'épanchement, mais s'ajoute au liquide séro-fibrineux qui résulte de l'inflammation pleurale. Aussi ces pleurésies hémorragiques tuberculeuses présentent-elles ordinairement un épanchement riche en fibrine, mais pauvre en globules relativement à l'épanchement des pleurésies cancéreuses.

C'est sans doute à côté de cette variété qu'il faut ranger les pleurésies franches, observées par Wintrich, dans lesquelles la fluxion pleurale était tellement intense qu'elle s'accompagnait dès le début d'un épanchement hémorragique notable; mais elles en diffèrent par la marche franchement aiguë et la guérison après une seule ponction.

**Pleurésie cancéreuse.** — La pleurésie qui accompagne le cancer pleuro-pulmonaire n'est pas toujours hémorragique, comme le pensaient Trousseau et Barth, mais elle l'est au moins dans la moitié ou les deux tiers des cas.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le cancer pleuro-pulmonaire est secondaire à un cancer de l'estomac, de l'œsophage, de l'intestin, de l'épiploon, du foie, du rein, de l'œil, de la peau, d'un os, etc., etc., à l'évolution duquel on assiste, ou à un cancer opéré quelque temps auparavant; tantôt, au contraire, il est primitif et atteint d'abord soit le poumon, soit la plèvre.

Le début de la pleurésie est généralement insidieux, et c'est après un certain temps seulement qu'examinant le malade à cause de sa dyspnée on trouve dans l'un des côtés du thorax un épanchement de 1 à 2 litres; le liquide est rouge foncé, très riche en globules sanguins, mais pauvre en fibrine; il se reproduit rapidement, tous les sept ou huit jours il faut pratiquer une nouvelle thoracentèse; il se tarit quelquefois, mais généralement il persiste jusqu'à la mort, après 10, 20, 50 ponctions il est aussi hémorragique qu'à la première. La teinte jaune paille des téguments, l'amaigrissement, la cachexie cancéreuse, ne tardent pas à se montrer s'ils n'existaient déjà, et le malade succombe dans le marasme.

Les antécédents du malade et l'examen attentif de tous les organes permettent assez facilement, quand il s'agit d'un cancer pleural secondaire, de faire le diagnostic de la nature cancéreuse de la pleurésie hémorragique.

Ce diagnostic est encore relativement facile quand, avec l'épanchement pleural, existent des signes nets de tumeur du médiastin, ou de cancer pulmonaire; il est difficile lorsque la pleurésie hémorragique constitue la seule manifestation morbide: la teinte foncée de l'épanchement, sa pauvreté en fibrine, sa persistance indéfinie avec les mêmes caractères, font soupçonner la nature cancéreuse que les signes de l'extension au poumon et la cachexie ne tardent pas à confirmer. M. Jaccoud insiste d'ailleurs sur ce fait que dans les cinq cas qu'il a observés le cancer pleural était bilatéral: en l'absence d'épanchement, il existe des deux côtés des frottements durs, fixes et persistants; si un épanchement se produit d'un côté, les frottements reparaissent quand on l'évacue, ils n'ont jamais disparu de l'autre côté.

A. Fraenkel (\*) a rapporté une observation dans laquelle le diagnostic de la nature cancéreuse d'une pleurésie hémorragique a pu être fait par l'examen microscopique. Le sédiment renfermait une proportion notable de cellules épithéliales polymorphes renfermant un gros noyau et des vacuoles, ces cellules isolées ou agglomérées. Des faits analogues ont été rapportés par Ehrlich, Boegehold et par Quincke.

Quincke a le premier insisté sur la présence dans l'exsudat pleurétique de cellules volumineuses d'apparence vésiculaire hydropique ayant 5 à 4 fois le diamètre des leucocytes. Ces éléments isolés qui correspondent aux cellules endothéliales de la plèvre n'ont pas grande importance pour le diagnostic. Il n'en est plus ainsi quand on trouve plusieurs de ces cellules réunies, ainsi que l'ont montré Ehrlich et Fraenkel. Ces éléments ne se rencontrent que dans les cas de cancer.

**Hématome pleural.** — L'hématome pleural est analogue à l'hématocèle de la tunique vaginale, à l'hématome de la dure-mère, etc.; il résulte d'une pachypleurite, comme ces affections résultent d'une pachyvaginalite, d'une pachyméningite, etc. Sous l'influence d'une poussée inflammatoire ou congestive, il se fait une rupture des vaisseaux de la néo-membrane et un épanchement sanguin dans la cavité pleurale.

L'hématome pleural débute en général d'une façon brusque comme une pleurésie aiguë: l'épanchement est abondant, atteint quelquefois 2 ou 3 litres, est franchement sanglant, fibrineux; il a peu de tendance à se reproduire après la ponction et, quand on l'a évacué en deux ou trois fois, il ne se reforme généralement pas; le malade paraît guéri complètement.

Il resterait à connaître la nature des pachypleurites chroniques, il est vraisemblable qu'il en est d'elles comme des pleurésies aiguës séro-fibrineuses ou des pleurésies sèches, chroniques, qu'elles doivent être le plus souvent de nature tuberculeuse.

C'est dans ce dernier groupe qu'on peut faire rentrer la transformation hémorragique des épanchements séro-fibrineux à la suite d'évacuations trop abondantes ou trop rapides; la déchirure des vaisseaux des néo-membranes est la cause de l'épanchement sanguin.

Le pronostic des pleurésies hémorragiques est très différent suivant les cas: il ne dépend pas de la qualité hémorragique de l'épanchement mais de sa cause, de la nature de la pleurésie. L'épanchement lui-même n'est pas incurable et, par des ponctions répétées, on arrive à tarir des épanchements hémorragiques de toute nature, mais le cancer, la tuberculose, continuent leur évolution et emportent le malade. Il n'est pas jusqu'à l'hématome pleural sur le pronostic duquel on ne doive faire des réserves; les sujets qui en sont atteints, sont peut-être, et probablement, des tuberculeux. Néanmoins cette forme de tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire est dans certains cas définitivement curable comme les autres formes déjà étudiées.

« Un seul traitement est rationnel, dit M. Dieulafoy, c'est l'aspiration du liquide. Les lavages de la plèvre, les trocars à demeure, la pleurotomie qui,

(\*) FRAENKEL, Ueber primären Endothelkrebs (Lymphangitis proliferans) der Pleura; Verhandlungen des Congresses für innere Medizin, 1892.

suivant les cas, sont mis en usage dans la pleurésie purulente, n'ont rien à voir avec la pleurésie hémorragique.

L'aspiration doit être faite avec les précautions ordinaires : petitesse de l'aiguille, lenteur de l'aspiration, évacuation d'une faible quantité de liquide ; quelquefois même ces précautions doivent encore être prises avec plus de soin que pour la pleurésie séro-fibrineuse, l'évacuation de 500 à 600 grammes de liquide amenant déjà des tiraillements douloureux qui obligent à cesser la thoracentèse.

La rapidité avec laquelle se reforme l'épanchement dans les pleurésies tuberculeuses et cancéreuses oblige quelquefois à répéter la thoracentèse tous les cinq, six ou huit jours. « Il faut néanmoins ne la pratiquer que lorsqu'il y a nécessité et manœuvrer de telle sorte qu'on ne retire que le trop-plein de la plèvre » (Dieulafoy).

### CHAPITRE III

#### ÉPANCHEMENTS LAITEUX

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les épanchements laiteux de la plèvre, dont on ne reconnaît le caractère qu'au moment de la ponction.

L'intérêt principal de ces épanchements, très rares, puisque Rotmann<sup>(1)</sup>, en 1896, n'avait pu en rassembler que 59 observations, tient surtout à la pathogénie.

Comme les épanchements de même nature du péritoine, qui eux sont trois fois plus nombreux, ils peuvent être divisés en chyleux et en chyloformes.

Dans les épanchements chyleux, il s'agit d'une extravasation, dans la plèvre, du contenu des vaisseaux lymphatiques. Dans l'épanchement chyloforme, l'exsudat a subi une dégénérescence graisseuse.

L'analyse chimique, d'après Senator, pourrait aider à distinguer ces deux espèces, l'épanchement chyleux vrai renfermant une certaine quantité de sucre.

La cause de l'épanchement chyleux, dans ses observations, a été :

- 8 fois une rupture traumatique;
- 5 — un traumatisme de la plèvre;
- 4 — l'obstruction de la veine sous-clavière;
- 2 — la compression du canal thoracique par une tumeur;
- 2 — un lymphome malin;
- 2 — une sclérose du canal thoracique;
- 1 — une obstruction;
- 1 — la présence du filament;
- 1 — l'arrivée du liquide chyleux épanché dans la plèvre.

Les épanchements chyloformes ont eu pour cause :

- 5 fois un cancer de la plèvre;
- 5 — une pleurésie tuberculeuse;
- 5 — une pleurésie simple non tuberculeuse;
- 1 — un abcès du poumon;
- 1 — un lymphome.

(1) ROTMANN, *Zeitschrift für Klinische Medizin*, XXXI, 1896.

Le pronostic des épanchements chyleux est beaucoup plus grave que celui des épanchements chyloformes. Bargebuhr a relevé 17 décès sur 22 cas. La guérison cependant est possible, et le même auteur en a relevé 4 cas chez des sujets qui ont été ponctionnés.

### CHAPITRE IV

#### PLEURÉSIES PURULENTES

Plus anciennement connues que les pleurésies séro-fibrineuses, se traduisant par des symptômes généraux et des troubles fonctionnels plus marqués, les pleurésies purulentes ont été décrites sous le nom d'empyème dans les écrits hippocratiques et par les médecins grecs et latins, et certains de ces tableaux méritent encore qu'on les relise aujourd'hui.

Ces descriptions, du reste, laissaient encore place à beaucoup d'erreurs. La pleurésie purulente était souvent confondue en particulier avec les cavernes tuberculeuses, et il faut arriver jusqu'à Bayle pour trouver une démarcation très tranchée.

L'œuvre de Laënnec, si féconde en résultats au point de vue de la pleurésie séro-fibrineuse, laisse un peu dans l'oubli la pleurésie purulente à laquelle pourtant il apporte de précieux documents.

L'insuccès habituel des interventions chirurgicales jette sans doute aussi un peu de défaveur sur ce sujet. On sait que Dupuytren refusa de se laisser opérer, préférant se fier à Dieu qu'aux chirurgiens, et que Nélaton avait peu ou pas pratiqué l'opération avant d'intervenir chez Dolbeau.

Si les insuccès chirurgicaux de la première partie du siècle avaient fait jusqu'à un certain point négliger la pleurésie purulente au profit de la pleurésie séro-fibrineuse, des tentatives thérapeutiques plus heureuses sont venues ultérieurement rappeler l'attention sur ce point et ont fait des pleurésies purulentes un des sujets étudiés avec le plus de complaisance.

On ne saurait exagérer la part des publications de Moutard-Martin, après lesquelles il faut citer la thèse de Damaschino, les mémoires de Kussmaul, de Wagner, etc.

L'introduction de la bactériologie dans le domaine de la pathologie interne est venue plus récemment encore ranimer l'intérêt de ce sujet.

Nous avons essayé d'établir que *les recherches bactériologiques permettent d'expliquer les différences si marquées entre les suppurations pleurales, que les pleurésies purulentes peuvent être divisées en plusieurs espèces dues chacune à un organisme particulier.*

Cette distinction a été assez généralement acceptée. Elle nous guidera dans cet exposé.

En se basant sur la bactériologie, on peut arriver à distinguer les espèces suivantes :

A. Pleurésies purulentes vraies causées par des organes pyogènes.