

qu'elles puissent être considérées comme un processus favorable à la guérison des lésions tuberculeuses, offrent cependant des inconvénients sérieux pour le poumon qui se trouve refoulé et comprimé par le liquide de l'épanchement. Le poumon reste alors comme englobé dans une coque fibreuse, formée par les néo-membranes développées à sa surface, au siège des granulations tuberculeuses, et il ne peut reprendre son expansion pour combler le vide qui le sépare de la paroi thoracique, une fois que la cavité pleurale a été évacuée.

Pour favoriser la réunion du poumon et de la paroi thoracique, dans ces conditions, il faut avoir recours à des procédés opératoires plus ou moins compliqués—pleurotomie, castotomie, décortication du poumon, etc. Et encore, ces diverses opérations ne laissent-elles souvent à leur suite que des résultats incomplets — fistules pleurales persistantes, sans compter le danger de l'infection des sécrétions morbides de la plèvre. Aussi, est-il très important de prévenir cette complication du côté du poumon, par une intervention hâtive, aussitôt que le diagnostic de la nature tuberculeuse de la maladie est établi, afin de ne pas donner le temps aux infiltrations qui le plus souvent, ont leur siège primitif du côté de la plèvre pariétale, de se transmettre au feuillet viscéral et de tourner à la sclérose.

L'évolution de la pleurésie purulente tuberculeuse mérite, également, d'attirer l'attention avant de se décider à l'intervention chirurgicale.

Cette variété de pleurésie peut débuter brusquement chez des sujets, de bonne santé en apparence ; l'allure en est le plus souvent bruyante et fébrile comme dans les pleurésies aiguës séro-fébrineuses ou les autres pleurésies purulentes, dont le pneumocoque ou le streptococcus sont les agents les plus ordinaires.

Si, toutefois, la première période a révélé le caractère