

cemment dans un intéressant mémoire par MM Mosny et Malloisel (1), rentre également dans ces formes pleuro-pulmonaires. Enfin, les plus graves de ces manifestations pleuro-pulmonaires de la tuberculose sont constituées par la pleuro-pneumonie nécrosante profonde, que M. Sabourin étudie avec la pneumonie nécrosante, ces deux ordres de lésions présentant une symptomatologie à peu près identique.

Les *poussées pleurales* de la tuberculose présentent également toute une gamme de types de gravité graduellement croissante. Le type le plus léger et le plus fugace est constitué par la pleurite avec frottements pleuraux, le plus souvent sans râles pulmonaires concomitants. Dans cette forme, les signes généraux sont à peu près les mêmes que ceux des poussées pulmonaires légères. Mais l'expectoration est nulle ou presque nulle, représentée seulement par quelques crachats muqueux.

Quand la poussée pleurale devient plus accentuée, on note du souffle à timbre pleurétique et de l'égophonie avec ou sans râles pulmonaires, ces poussées étant toujours presque pleuro-pulmonaires. La ponction peut alors retirer un peu de liquide.

Enfin, à mesure que l'élément pleural s'accroît, on se trouve en présence des différentes formes de pleurésie que l'on peut rencontrer au cours de la tuberculose pulmonaire.

En résumé, tout ce qu'il est possible d'imaginer comme lésions inflammatoires du poumon ou de la plèvre peut se rencontrer au moment des poussées; c'est peut-être ce qui explique que tant d'auteurs se soient évertués à décrire des types cliniques différents.