

faire irruption, à travers le diaphragme, dans l'abdomen, et produire ainsi une péritonite mortelle. Dans des cas qui forment de beaucoup la majorité, le liquide de l'épanchement s'échappe à travers les parois de la poitrine, presque toujours à travers la paroi antérieure, et le plus souvent dans le quatrième ou le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. — La sensibilité exagérée des téguments et leur saillie dans l'un ou l'autre espace intercostal précède la formation distincte de l'abcès qui, soit qu'on l'ouvre ou qu'on en attende l'ouverture spontanée, laisse presque invariablement un trajet fistuleux pendant un long espace de temps; l'écoulement abondant de la matière purulente épuise le malade, et la rétraction rapide du côté produit une difformité considérable et souvent irrémédiable. Cette ouverture extérieure est souvent indirecte, la matière de l'épanchement ayant cheminé entre la plèvre et les parois pectorales jusqu'à une certaine distance avant de s'échapper au dehors.

Ainsi, dans le cas d'un petit garçon, âgé de huit ans, qui mourut dix-huit mois après les premiers symptômes d'une pleurésie du côté gauche, et quatorze après la formation d'une fistule pleurale, entre la première et la seconde pièce du sternum, qui resta ouverte jusqu'à sa mort, et d'une autre entre la sixième et la septième côte, qui cessa de couler neuf mois avant cette terminaison, l'examen fait après la mort découvrit l'état de choses suivant. L'ancien trajet fistuleux entre la sixième et la septième côte n'avait pas plus d'un quart de pouce (6 millimètres) et se terminait sans entrer dans la poitrine. — Celui situé entre les pièces du sternum se divisait aussitôt en un grand nombre de trajets qui s'étendaient au moins à un pouce (24 millimètres) en haut et en bas, dans différentes directions, et perçaient alors la paroi de la poitrine pour continuer de la même manière à s'étendre dans la substance de la plèvre costale, qui avait l'apparence du cartilage, et au moins trois quarts de pouce (18 millimètres) d'épaisseur. Tous les sinus étaient vides de pus.

En résumé : rétablissement rapide, quand l'épanchement est peu considérable; plus tard, quand l'abondance a été plus considérable, formation dans la plupart des cas d'une difformité que le temps concourt à faire disparaître d'une manière graduelle et imparfaite; quelquefois mort subite, quand le liquide s'est produit rapidement et en abondance; sortie du liquide dans la plupart des cas où il est purulent, à travers les parois de la poitrine suivant les lois qui gouvernent la marche d'un abcès, où qu'il soit situé, tels sont les différents modes de terminaison de la pleurésie dans les premiers temps de la vie. — Quelle est l'influence de ces faits sur le traitement de la maladie? telle est la question que nous avons maintenant à examiner. — Avant de le faire, je veux ajouter un avertissement eu égard au diagnostic de la pleurésie et de l'empyème dans l'enfance. Cette réflexion n'a pas trait à la difficulté de

découvrir l'état des choses, mais à la négligence coupable avec laquelle cet état est souvent envisagé par les praticiens, qui se contentent de déterminer que leur malade a une inflammation de poitrine, comme ils disent, et ne prennent pas de peine de s'informer davantage de la véritable nature du mal, et à la fin sont surpris, soit par la mort inattendue de leur malade, soit par la sortie non prévue de la matière qui remplit un des côtés de la poitrine, à travers une ouverture extérieure. Il n'y a pas de maladie où j'aie aussi souvent à cacher les erreurs des autres que dans la pleurésie et l'empyème, et j'ose me servir d'un des privilèges de l'âge pour conjurer les confrères plus jeunes de ne jamais se laisser aller à de telles habitudes de négligence. Les limites de nos connaissances sont assez étroites sans que nous ayons besoin de les restreindre encore par notre propre incurie.

Traitement. — Les causes que je vous ai déjà signalées comme modifiant, sous des rapports très importants, le traitement de la bronchite et de la pneumonie ont aussi exercé leur influence sur le traitement de la pleurésie. — Mais, nonobstant, je suis pleinement convaincu qu'une grande activité dans le traitement au début de la maladie réussit le mieux à éloigner le danger, et à économiser les forces du malade. — Dans presque tous les cas, en effet, qui se sont offerts à mon observation et où l'issue de la maladie a été malheureuse, le traitement avait été négligé jusqu'au moment où l'état était désespéré; ou bien la nature de la maladie avait été méconnue, ou bien le traitement suivi n'avait pas été suffisamment actif. La même proposition peut être établie en ce qui concerne les cas où la paracentèse thoracique est devenue nécessaire. Par traitement actif, j'entends la déplétion sanguine, toutes les fois que la santé antérieure de l'enfant a été bonne, que la pleurésie est idiopathique, que les symptômes ont une certaine intensité, et qu'on voit le malade avant que l'épanchement se soit produit. Chez les enfants de cinq ou six ans, il faut préférer la saignée générale, et le soulagement de la respiration peut être pris comme l'indice qu'il convient d'arrêter l'écoulement. Si après quatre ou six heures la douleur et la dyspnée se reproduisent, quatre ou six sangsues manqueront rarement de procurer un soulagement durable. Dans le cas d'enfants plus jeunes, la saignée locale seule suffira; mais il ne faut pas y recourir d'une manière trop timorée, puisqu'on en obtient surtout du soulagement quand la quantité de sang retirée équivaut en quelque sorte à une saignée générale. Après la saignée c'est au calomel qu'il faut surtout accorder notre confiance. On le donnera librement avec l'opium et la poudre de Dover, pendant qu'on tiendra constamment sur le côté malade un cataplasme chaud.

Une attaque de pleurésie traitée de cette façon sera souvent coupée en trente-six ou quarante-huit heures.

Dans beaucoup de cas, cependant, la santé antérieure de l'enfant n'autorise pas une telle activité dans la manière de faire, ou bien l'intensité des symptômes n'est pas suffisante pour l'indiquer. Alors, l'application d'un sinapisme sur la poitrine procurera souvent un soulagement immédiat; en le retirant on peut appliquer un cataplasme de graine de lin qui sera renouvelé toutes les quatre heures, de façon à continuer l'action d'un doux contre-irritant. En même temps on peut donner l'iodure de potassium associé à un sel diurétique (1) et continué avec persévérance pendant plusieurs jours. Son action peut être secondée par l'administration, à une petite dose, de mercure donné une fois ou deux par jour, telle que 0,05 de calomel ou 0,15 de grey-powder (2) pour un enfant de six ans. On peut suspendre le mercure au bout d'une semaine, mais il faut continuer l'administration de l'iodure de potassium pendant deux ou trois semaines; la chute de tout mouvement fébrile et la diminution de l'épanchement indiquent le moment où l'on peut le donner avec moins de fréquence. Souvent, après que les symptômes se sont calmés, le côté affecté reste mat et la respiration faible pendant plusieurs semaines consécutives; et c'est maintenant le moment où l'usage des vésicatoires, ou encore mieux l'application de la teinture d'iode sur le côté, paraissent d'une grande utilité pour provoquer l'absorption du liquide.

D'un autre côté, l'usage de l'huile de foie de morue donnée deux fois par jour est utile pour maintenir la nutrition de l'enfant, et agir contre cette tendance aux productions tuberculeuses qui est si disposée à se manifester dans les cas où la pleurésie a passé à l'état chronique.

Quelquefois, il est vrai, en dépit de l'emploi persévérant des remèdes, un des côtés de la poitrine continue à rester plein de liquide, et la question de savoir s'il ne serait pas bon de donner issue à ce liquide par des moyens mécaniques se pose alors à nous.

Je crois que tant que l'état de l'enfant s'améliore ou au moins ne se détériore pas; que la température, qui tombe après les premiers temps d'une pleurésie aiguë, n'a pas commencé à s'élever de nouveau; que la

(1) N. 13 Iodure de potassium.	0,75	
Nitrate de potasse.	2, »	
Esprit d'éther nitrique.	3, »	
Liqueur de taraxacum.	10, »	
Teinture de scille.	1,50	
Teinture de digitale.	1,20	
Sirop d'écorces d'orange.	18, »	
Eau q. s. pour compléter le volume.	114, »	M. s. a.
Une cuillerée à soupe, pour un enfant de six ans, toutes les quatre heures.		

(2) Grey powder, hydrag. cum creta. } Mercure.	8
Carbonate de chaux.	2

respiration n'est pas plus accélérée, ni la toux plus fatigante; que les parois thoraciques ne sont pas devenues plus sensibles ni les veines superficielles plus dilatées; qu'il n'y a nulle part de signe de la formation d'un abcès, tandis que la mensuration exacte de la poitrine indique que le liquide épanché n'augmente pas, nous pouvons persévérer dans l'emploi des moyens déjà indiqués. Je crois pourtant, aussi, que nous agissons au mieux des intérêts de notre malade en évacuant le contenu de la plèvre aussitôt que cessera quelque une des conditions favorables sus-mentionnées, et que nous serions dans une fausse voie en attendant que l'apparition d'une dyspnée intense ne nous laisse plus le choix; ou que la formation d'un abcès ne nous permette plus que de devancer de quelques jours l'accomplissement d'un travail entrepris par la nature elle-même.

Dans 48 autopsies sur 88, dans lesquelles on trouva du liquide dans le sac pleural, ce liquide était purulent; et si nous retranchons les cas dans lesquels le liquide était en quantité très peu considérable ou bien secondaire à l'hydropisie scarlatineuse, nous trouverions que, presque en toute circonstance, la plèvre contenait du pus. Dans 34 cas sur 38 qui me sont personnels, et où j'ai fait la ponction de la poitrine, le liquide était purulent. Dans un des quatre qui font exception, l'épanchement avait succédé à l'hydropisie scarlatineuse; le second était consécutif à la rougeole; dans les deux autres, la pleurésie était idiopathique; mais, dans un cas, on eut recours à la paracentèse le 18^e jour, et dans l'autre le 14^e après le début de la maladie. Dans le second de ces deux cas, on fut obligé de répéter la ponction 18 jours après, et le liquide commença alors à être trouble. Je crois réellement que dans presque tous les exemples de pleurésie idiopathique, où l'épanchement se fait en quantité considérable, le liquide est ou primitivement purulent ou le devient très rapidement. On ne conteste plus que l'absorption du pus soit possible, mais en même temps elle ne se fait pas facilement; de sorte qu'il est certain qu'elle mettra un long temps à s'effectuer; et, plus la compression du poumon dure, plus il a de chance d'être fixé solidement par les pseudomembranes, de façon à ce que sa texture s'altère et qu'il devienne imperméable à l'air. Si nous ajoutons à ceci les symptômes généraux, que ne manque jamais de provoquer la présence d'une vaste suppuration; le danger de la pyémie, qui en est inséparable; et la grande probabilité, la certitude même de voir, avec le temps, la nature elle-même prendre un parti, et pratiquer en un point peu favorable une ouverture par laquelle la plèvre ne se videra qu'imparfaitement, et qui restera fistuleuse pendant des mois ou des années; difficile à fermer, aggravant la déformation de la poitrine, épuisant les forces par l'écoulement constant de la matière purulente; nous avons là, je pense, un nombre de raisons plus que suffisantes

pour justifier la pratique relativement hâtive de la paracentèse.

Pendant que ces raisons parlent puissamment en faveur de la ponction, je ne vois aucun argument solide qui s'y oppose; et je crois qu'il y a maintenant très peu d'opposants à sa pratique (1). Il est vrai que nous ne pouvons considérer chaque cas où la ponction a été heureuse comme un exemple de guérison, là où la vie eût été autrement perdue; puisque la fréquence des fistules pleurales montre l'étendue des ressources de la nature, pendant qu'en même temps elle indique un procédé que l'art peut appliquer par avance avec le plus grand avantage. Plus rarement chez l'enfant, très rarement même, et d'habitude après un temps fort long, le liquide trouve une issue dans les voies aériennes; l'empyème est expectoré et le malade guéri. Mais, si chaque paracentèse heureuse ne veut pas dire une vie sauvée, encore moins l'insuccès signifie-t-il une mort causée par l'opération, et je crois que l'évaluation commune, et en somme correcte, d'un insuccès sur quatre ponctions (2) de la poitrine, chez l'enfant, indique une intervention trop tardive, ou quelque complication inévitable, et très rarement un risque nouveau dû à l'opération. Ce fait reçoit une de ses meilleures démonstrations de la différence qui existe entre les résultats de la ponction dans la pratique privée et dans la pratique hospitalière. De six enfants auxquels on fit, sous ma direction, la ponction de la poitrine, en ville, tous ont guéri; et le seul qui ne revint pas complètement à la santé fut un petit garçon de sept mois qui mourut de tuberculose généralisée trois mois plus tard. A l'hôpital, au contraire, 15 enfants sur 34 succombèrent, ou presque la moitié; mais, un de ces malades mourut d'une scarlatine intercurrente; chez deux la pleurésie était consécutive à la scarlatine; chez deux autres à la rougeole; trois moururent de carie des côtes ou du sternum, deux à cause du retard trop long apporté à la pratique de la ponction, et quatre succombèrent à la tuberculose. Si je devais exprimer, en aussi peu de mots que possible, ce que m'a enseigné l'expérience sur la paracentèse de la poitrine dans la pleurésie, je dirais que je n'ai pas une seule fois regretté de l'avoir pratiquée, mais que j'ai souvent été chagrin de n'y avoir pas eu recours plus tôt.

Que pouvons-nous maintenant établir quant aux indications de la ponction de la poitrine? D'abord, il faut y avoir recours dans tous

(1) Il est étrange cependant d'entendre un homme ayant la vaste expérience que le professeur Vogel de Darport possède certainement, dire dans ses *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 4^e édit., in-8, Erlangen, 1869, p. 269: « Je n'ai jamais rencontré un cas qui réclamât impérieusement la paracentèse, aussi n'y ai-je jamais eu recours. »

(2) Les dernières statistiques, celles de Steffen, dans le tome II de sa *Klinik der Kinderkrankheiten*, p. 598, confirment ce résultat, Elles ne sont fondées, il est vrai, que sur 59 cas; mais je doute que la comparaison de nombres plus considérables dût conduire à une conclusion très différente.

les cas de dyspnée intense, accompagnée d'un épanchement dans la plèvre, excepté dans les cas d'hydropisie succédant à la scarlatine. Dans ces cas, l'épanchement pleurétique est habituellement uni à un degré si considérable d'œdème du poumon, que nous avons grande chance de ne pas obtenir le soulagement que nous espérons. Même dans ce cas, je ne pense pas que le simple fait de ponctionner la poitrine ajoute d'une manière appréciable à la gravité de l'état du malade.

[Cette exception ne me paraît pas justifiée d'une manière absolue et j'ai dans ma pratique l'exemple de deux ponctions et d'une opération d'empyème qui ont donné les meilleurs résultats à la suite de la scarlatine.]

En second lieu, dans une pleurésie aiguë quelconque où, malgré la date récente de la maladie, il y a une quantité de liquide suffisante pour modifier la forme de la poitrine ou pour produire le déplacement des viscères, l'enfant souffrant en même temps de toux, de dyspnée et de malaise, le liquide doit être aussitôt évacué. On doit aussi ponctionner la poitrine, même en l'absence de ces manifestations d'un trouble général, si le liquide épanché reste stationnaire pendant trois ou quatre jours, en dépit du traitement; et je crois que, même alors que la nature aurait pu accomplir l'absorption du liquide sans cette intervention, la guérison aura lieu beaucoup plus rapidement et en même temps plus sûrement à la suite de la ponction.

Dans ces cas, ou dans tous ceux où la présence du liquide peut être mise en question, de même que sa situation exacte, il est bien de ponctionner la poitrine, pour la première fois, avec une seringue hypodermique, qui, même dans le cas où le poumon serait piqué, ne pourrait produire aucun mal, et de façon à ce que le renseignement ainsi obtenu puisse nous guider dans la conduite que nous avons à tenir ensuite.

La présence du liquide étant devenue certaine, on peut introduire le trocart dans le quatrième ou le cinquième espace intercostal, environ 2 pouces (0,05 centimètres) en dehors du mamelon, à moins qu'il n'y ait quelque raison particulière pour choisir un autre point.

[Je suis dans l'habitude de faire la ponction plus bas; dans le sixième ou même le septième espace intercostal sur un des points d'une ligne verticale passant par le centre du creux de l'aisselle ou même un peu en arrière de cette ligne et me sers de l'aspirateur Dieulafoy et surtout de celui de Potain d'un usage plus facile en toutes circonstances.]

En somme, je préfère la seringue de Thompson, à laquelle est fixé un tube de caoutchouc vulcanisé à travers lequel le liquide peut s'écouler sous l'eau, à tout autre appareil compliqué, tel que l'aspirateur ou seringue de Bowditch; et cela pour plusieurs raisons, dont la principale est la grande importance de la simplicité dans les instruments et la pratique d'une opération qui a chance de se trouver plus souvent confiée

aux mains d'un praticien de campagne qu'à celles d'un chirurgien d'hôpital. En second lieu, l'emploi de l'aspirateur réclame un certain degré d'habitude, et celui de la seringue de Bowditch expose toujours au risque de pousser trop loin l'épuisement du liquide, et de retirer du sang après que la plèvre a été vidée de son contenu : accident dont j'ai été plus d'une fois témoin.

Je ne pense pas qu'il soit aucunement essentiel pour le succès de l'opération de vider complètement la plèvre, et l'expérience ne m'a pas indiqué que dans les cas où le liquide est séreux, l'entrée accidentelle de l'air le mène à devenir purulent, ni qu'elle produise aucun de ces accidents formidables qui lui ont été attribués. Cependant, comme notre but est de placer le malade dans les meilleures conditions possibles pour obtenir l'absorption complète de tout le liquide qui peut encore rester dans la plèvre, éviter sa reproduction et faciliter l'expansion du poumon comprimé, j'évite autant que possible de donner entrée à de l'air dans la poitrine et ferme la plaie.

[C'est effectivement un point de la plus grande importance, car l'entrée de l'air favorise incontestablement la production de la purulence du liquide ; aussi convient-il de prendre toutes les précautions possibles pour l'éviter.]

Supposons que le liquide soit de la sérosité, ce qui pourtant est rare dans la pleurésie aiguë chez l'enfant, une simple ponction peut suffire, et la guérison peut s'effectuer promptement sans être interrompue. Quand même le liquide serait purulent, il ne s'en suit pas nécessairement qu'une seconde ponction serait nécessaire, car quelquefois l'opération est suivie d'une guérison durable, bien que plus lente.

Dans bien des cas, pourtant, où le liquide était séreux, et dans la plupart de ceux où il était purulent, une seconde et même une troisième ponction fut nécessaire ; d'un autre côté, plus petite est la quantité de liquide évacué et plus long est l'intervalle entre chaque ponction successive, plus grande est l'espérance de voir le malade guérir. Les indications pour chaque ponction sont, en somme, les mêmes que celles qui nous ont guidés pour sa première application.

Bien qu'en général, en dépit de la présence d'une quantité minime de liquide, la dyspnée soit moins pressante, la toux moins fatigante, et tous les symptômes moins graves qu'ils n'étaient dans la première occasion, le cœur ne reprend pas toujours sa position naturelle immédiatement après l'évacuation du liquide ; de sorte que le signe fourni par le déplacement de ce viscère cesse de nous guider ; en outre, si le poumon ne s'est pas relevé après la première paracentèse, le côté s'affaisse rapidement. Pour ce motif, au lieu que le côté affecté soit bombé, comme il l'était avant la première ponction, il peut être d'un quart de pouce ou d'un demi-pouce (6 à 12 millimètres) plus petit que le côté sain, bien que

la quantité de liquide qui s'est produite puisse être aussi considérable qu'elle l'était dans le premier cas. J'insiste sur ce point parce que, faute de cette connaissance générale, j'ai vu des praticiens, qui avaient eu recours d'abord à temps à la paracentèse, méconnaître la reproduction subséquente du liquide, et n'être avertis de leur méprise que lorsque l'écoulement spontané de l'épanchement s'effectuait à travers les parois de la poitrine. Il suffit de quelques précautions simples pour éviter une telle erreur ; comme de prendre le contour de la poitrine, avec un fil, immédiatement avant de faire la première ponction, aussitôt après, et ensuite à intervalles de quelques jours, de façon à être averti de tous les changements qui pourront se produire.

Si maintenant la poitrine, qui s'était rétractée aussitôt que le liquide avait été évacué, commence de nouveau à se dilater, si peu que ce soit, ou si sa circonférence restant stationnaire les résultats fournis par l'auscultation n'indiquent point d'amélioration, il est presque certain que le liquide se reproduit. De même, si le soulagement éprouvé tout d'abord ne se maintient pas, tandis que des symptômes fébriles reparaisent en partie ; la température, qui était tombée, se relevant d'une manière continue, il ne peut, y avoir de doute sur la reproduction de l'épanchement, à moins que le côté opposé ne se soit pris d'inflammation. Toute incertitude doit être dissipée par l'emploi de la seringue hypodermique, ou d'un trocart très fin.

À la seconde ponction on trouvera, en général, que le liquide est devenu purulent, bien qu'il fût séreux à la première, et quelles qu'aient été les précautions prises pour prévenir absolument l'entrée de l'air.

Maintenant se présente la question de savoir s'il faut de nouveau fermer l'ouverture, ou permettre l'écoulement libre de la matière épanchée. Je crois que dans tous les cas assez récents la répétition de la ponction est ce qu'il y a de mieux, et que les forces du malade sont moins épuisées de cette façon que par l'écoulement constant de la sécrétion.

L'application de cette maxime, cependant, a une limite, et la répétition de la paracentèse tous les deux ou trois jours m'a paru une manière de faire peu sûre, et qui a plus de chance d'être suivie de l'apparition d'un désordre aigu que l'issue libre donnée au liquide. On a employé différentes formes de tubes et de canules dans le but de favoriser la libre sortie du liquide. Je me suis souvent servi d'un tube recourbé, soudé à une plaque mobile, d'après le modèle de la canule à trachéotomie de Lüer, de façon à éviter le frottement constant d'un tube fixe contre la côte. La carie de la côte a quelquefois paru dépendre de ce qu'on avait négligé cette précaution. Ces tubes devront être faits en caoutchouc durci, ou argentés par l'électricité ; et eu égard à l'espace étroit qui existe entre les côtes, une canule d'argent doré est généralement ce qu'il

y a de mieux. On a quelquefois, pour le même motif, employé un tube à drainage; mais si l'espace intercostal est très étroit le tube est exposé à être tellement comprimé qu'il ne permet plus la sortie libre du liquide.

Le tube en fil d'or ne prête pas à la même objection et a quelquefois rendu de très bons services; il m'est arrivé, suivant le conseil de mon collègue le docteur Gee, de me contenter de l'introduction d'un morceau de fil d'argent double en forme de T, dont la tige pénètre dans la poitrine tandis que la partie recourbée est fixée en dehors, de telle sorte qu'on empêche ainsi d'une manière efficace l'occlusion de la plaie. Quelquefois, cependant, les bourgeons des bords de l'ouverture végètent assez pour s'opposer à la libre sortie du pus; et en pareilles circonstances on peut substituer une canule au fil métallique. Je n'ai pas trouvé qu'il fût à propos d'établir un système de drainage au moyen d'une autre ouverture sur un point éloigné, et tenue béante au moyen de l'introduction d'une canule, ou de tout autre appareil. Je l'ai essayé dans deux occasions, mais cette manière d'agir m'a paru un peu dure; l'ouverture, placée en arrière de la poitrine, prit un mauvais caractère et il fut nécessaire d'en provoquer l'occlusion. Même sans une pareille contre-ouverture, dans tous les cas où on n'a pas trop attendu pour pratiquer l'opération, le liquide diminue par degrés, et finalement cesse de se produire lorsque le poumon qui se dilate d'un côté et la paroi de la poitrine qui s'affaisse en dedans viennent à se rencontrer. Les seules circonstances dans lesquelles il m'ait paru bon de faire une seconde ouverture ont été les cas d'empyème négligé, dans lesquels existe un trajet sinueux conduisant à l'ouverture de la fistule dans la plèvre. Dans ces cas, il est quelquefois avantageux de faire une seconde ouverture, débouchant directement dans la poitrine, à une distance de deux ou trois pouces (de 5 à 7 cent. et demi) de la première. Le liquide trouvant alors une voie libre pour s'écouler, la fistule se ferme et on n'éprouve pas grande peine, en général, pour obtenir la guérison de la seconde plaie.

Je ne me fais pas une règle de laver la poitrine, attendu que, si l'ouverture est libre, la cavité pleurale se trouve suffisamment vidée; et, d'un autre côté, je n'ai pas trouvé que ces injections iodées, qui modifient puissamment la sécrétion d'un kyste séreux, eussent aucune influence sur celle fournie par une membrane pyogénique. Mais toutes les fois que les matières qui s'écoulent ont une odeur très fétide, je lave toujours la cavité pleurale, d'abord avec de l'eau chaude et ensuite avec une solution faible d'iode ou d'acide phénique, qui l'un et l'autre diminuent notablement la mauvaise odeur.

[Dans cette question du traitement l'auteur ne me paraît pas avoir fixé d'une manière assez précise les cas dans lesquels il faut se borner à des ponctions,

qu'il suffise d'en faire une seule ou qu'il en faille faire plusieurs pour arriver à obtenir la guérison; et ceux dans lesquels il faut ménager un écoulement constant du liquide, soit qu'on place une canule à demeure après avoir fait une ponction, soit que l'on pratique l'opération de l'empyème. — La ponction simple suffit et réussit habituellement très bien quand l'épanchement est séro-fibrineux et c'est à elle qu'il faut s'en tenir. Mais dans le cas où en faisant la première ponction on trouve un épanchement purulent il faut, séance tenante ou après quelques jours, alors que le liquide se sera reproduit, prendre des dispositions telles qu'il puisse s'écouler constamment au dehors, et que plusieurs fois par jour on puisse vider la plèvre et la laver s'il est nécessaire. Pour arriver à ce but il faut mettre ou une canule à demeure, ou faire l'opération de l'empyème, qui, d'après ma pratique, donne des résultats supérieurs aux autres procédés. On doit encore agir de même lorsqu'à la suite de plusieurs ponctions simples le liquide d'abord séreux est devenu purulent. Tous les médecins qui ont eu l'occasion de traiter des épanchements pleuraux purulents et qui en ont tenté la guérison par les ponctions répétées savent qu'ils ont échoué: ou bien il a fallu recourir, en fin de compte à l'ouverture permanente, ou bien celle-ci s'est établie spontanément par la transformation d'un des trajets du trocart en fistule. A peine trouve-t-on un exemple bien authentique de guérison d'épanchement purulent après des ponctions simples et cela en un temps si long et une telle répétition de ces dernières que c'est merveille que l'enfant ait résisté. Mieux vaut-il, donc, dès qu'on a bien constaté la purulence du liquide, faire à la poitrine une ouverture permanente. West ne paraît pas attacher beaucoup d'importance au lavage de la plèvre même avec un liquide capable d'en modifier la surface. Je ne puis partager cette manière de faire et je pense qu'il y a deux précautions indispensables: veiller à ce que la plèvre se vide bien et la laver une ou deux fois par jour, avec de l'eau tiède, une solution très faible d'iode ou un liquide phéniqué et cela non seulement dans les conditions spéciales indiquées par l'auteur, mais même dès le lendemain de l'opération et alors que le liquide n'a aucune odeur; c'est le moyen de prévenir sa putréfaction que d'entraîner par de bons lavages jusqu'aux dernières parcelles de pus ou de détritits pseudo-membraneux.]

Il reste encore deux questions relatives à ce sujet, dont l'une concerne les causes de la mort dans l'empyème chronique, et l'autre, les raisons qui font qu'on ne doit pas laisser à la nature le soin d'évacuer le liquide.

La cause de la mort est généralement l'une ou l'autre des suivantes:

1° La production d'une inflammation, soit du côté primitivement atteint, soit, ce qui est plus fréquent, du côté opposé; accident qui se peut produire à toutes les époques, mais est rare quand la maladie est passée complètement à l'état chronique;

2° L'ulcération de la plèvre et l'extension du mal aux côtes ou au sternum, avec nécrose; accident qui est loin d'être rare;

3° Le défaut de résistance vitale, consécutif à l'épuisement de l'organisme par l'écoulement, bien que ceci arrive beaucoup moins souvent qu'on aurait pu le croire;

4° Le développement de la tuberculose généralisée, que je crois être la plus fréquente de toutes les causes de mort par pleurésie chronique.

Les raisons qui font qu'on ne doit pas abandonner à la nature l'évacuation de l'empyème ont déjà été indiquées dans ce que j'ai dit; mais on peut, peut-être, les résumer sous les chefs suivants :

1° La prolongation inutile des souffrances aussi bien que le péril éventuel auquel le malade est exposé pendant ce temps;

2° La très grande probabilité que l'ouverture laissée à la nature se fera dans un point peu favorable à son occlusion future, et que son trajet sera sinueux et non direct;

3° Le danger que l'ulcération de la plèvre qui précède l'ouverture ne se circoncrive pas dans un point limité, mais s'étende à plusieurs, et ne se propage au périoste, dénudant les côtes et le sternum en différents endroits, et aboutissant à leur carie;

4° La certitude que la fausse membrane qui recouvre la paroi thoracique et le poumon deviendra plus étendue et plus épaisse que si on donnait issue au liquide; que l'écoulement aura ainsi plus de chance de durer; que le poumon longtemps comprimé et solidement fixé sera moins capable de se distendre, et enfin que la difformité consécutive sera beaucoup plus considérable.

Dans tous les cas d'épanchement, qu'il ait été évacué ou non, on est sûr de voir se produire une déformation due en partie à l'affaissement des parois du côté affecté, en partie à l'expansion du côté opposé; due aussi à l'augmentation de développement du poumon sain, qui a un double travail à accomplir.

J'avais autrefois l'habitude, dans tous ces cas, de recourir dès le début à des moyens mécaniques pour contenir cette déformation et prévenir, autant que possible, la production d'une courbure spinale considérable. Je suis maintenant convaincu que dans la grande majorité des cas cette précaution est inutile; car, lors même que la rétraction a été d'abord très marquée, la disposition à son effacement devient presque invariablement apparente après peu de mois, et au bout d'un an ou deux, toute trace en a presque toujours disparu. Il se présente une exception à cette règle dans presque tous les cas où l'ouverture reste fistuleuse, bien que, même alors, nous rencontrions des cas où le poumon se relève graduellement, et où une petite quantité de liquide se trouve circonscrite en dehors de la cavité générale de la poitrine; ce qui constitue un inconvénient plutôt qu'un trouble grave. Ce sont là pourtant des exceptions heureuses, et une ouverture qui communique avec la cavité de la plèvre conduit presque toujours à des déformations qui, pour se redresser, mettent à contribution, et souvent inutilement, toute l'habileté de la mécanique orthopédique.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

CROUP.

Raisons qui en ont fait différer l'étude. — Différence des opinions à ce sujet. — Deux maladies distinctes bien connexes sont comprises sous cette dénomination.

Croup laryngé ou cynanche laryngea (angine laryngée). — Causes de la maladie. — Sa fréquence dans l'enfance, dans le sexe masculin, dans les climats du nord et dans la province.

Lésions anatomiques. — Variations de l'étendue de la fausse membrane dans les conduits aériens. — Modifications qui l'accompagnent. — Affection de l'arrière-gorge et du voile du palais.

Symptômes. — Début quelquefois brusque. — Période catarrhale. — Marche générale d'un cas mortel. — Apparences trompeuses d'amélioration. — Signes fournis par l'auscultation. Modification du bruit trachéal.

Durée et pronostic.

Traitement. — Importance de la soustraction du sang; manières d'y procéder et d'administrer le tartre stibié. — Comment et dans quelle proportion doit-on employer les mercuriaux. — Modifications qu'apportent au traitement les changements dus à la constitution épidémique. — Importance de ne pas les exagérer et de ne pas confondre le croup et la diphthérie au point de vue du traitement.

[Cette leçon contient des opinions très différentes de celles admises en France et nous devons rectifier, respectant la partie clinique qui est excellente, celle notamment qui tend à faire du croup une entité distincte de la diphthérie et qui fait admettre à l'auteur deux espèces de croup, une non-diphthéritique qui est le vrai croup, comme l'entendait Home, et une seconde qui ne serait qu'une manifestation, une localisation spéciale de la diphthérie. Pourtant il apparaît clairement, d'après la description même de West, que dans chacune de ces deux prétendues espèces on trouve la fausse membrane comme lésion fondamentale et que les différences cliniques qui paraissent les séparer sont de simples modifications de forme, mais non de nature, comme il s'en montre dans les maladies, suivant qu'elles se développent dans leur type pur ou sont au contraire altérées dans leur expression et leurs conséquences par la prédo-