

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.

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. 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 sera 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 reproduite 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.

A 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 quia 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 Lühr, 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 en 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 D^r 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 végétent 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 degré, 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'a 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. $\frac{1}{2}$) 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.

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 circonscrive 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.