

dans tout le côté droit, jusque sous la clavicule, absence de murmure respiratoire, abaissement du foie constaté par la palpation et la percussion, déviation du cœur, rejeté fortement vers l'aisselle gauche, peu ou point de fièvre, trente-quatre à quarante respirations par minute, selon que le petit malade s'agite plus ou moins; point ou peu de toux, expectoration nulle.

Dans ces conditions, l'opération de la thoracocentèse est décidée, et elle est pratiquée avec le trocart plat et recourbé muni de la chemise en baudruche suivant le procédé Reybard; écoulement d'abord rapide d'un liquide séreux, citrin, sans pseudo-membrane; 500 grammes environ sortent ainsi en jet; puis la respiration s'accélère, le pouls faiblit, des secousses multipliées et rapides de toux surviennent, et M. Richey se hâte de retirer la canule, pensant que le déplissement du poumon, qui se faisait très rapidement, trop rapidement peut-être, pouvait amener une syncope.

L'écoulement supprimé, le calme semble d'abord se rétablir; mais bientôt l'enfant fut repris de suffocation, de secousses violentes de toux, et une *écume bronchique* abondante commença à apparaître dans la bouche et sur les lèvres.

Des frictions, des sinapismes, une potion éthérée semblèrent de nouveau calmer ces divers symptômes, et M. Richey quitta Montmorency bien persuadé que cet accident n'aurait pas de suite.

Malheureusement il n'en fut rien, et M. Richey apprit le lendemain qu'une nouvelle attaque de suffocation était survenue deux heures environ plus tard, et que l'enfant avait succombé ayant à la bouche et crachant avec beaucoup de peine une grande quantité d'écume bronchique un peu sanguinolente. L'autopsie ne put être pratiquée.

Cet accident, dont je n'ai jamais vu d'exemple, M. Richey l'attribue au retour trop rapide du sang dans la branche de l'artère pulmonaire qui dessert le poumon comprimé par l'épanchement. Suivant l'éminent professeur, cette artère étant brusquement déplissée en même temps que le poumon, à la suite de la brusque sortie du liquide, le sang s'y précipite et y provoque nécessairement de l'hypérémie. On conçoit que, dans certains cas mal-

heureux, celle-ci soit excessive et qu'elle puisse alors entraîner une sécrétion de mucosité assez abondante pour envahir la trachée et déterminer l'asphyxie.

Le fait si lamentable de M. Richey me semble analogue, à la gravité près, à ceux qu'a signalés M. Marrotte dans une communication faite à l'Académie de médecine en mai 1872. Il s'agit de cas où les malades, à la suite de l'évacuation du liquide de la plèvre, ont rejeté par l'expectoration et avec des quintes de toux très violentes un liquide séreux, en quantité variant de 150 à 400 grammes.

M. Marrotte croyait que cet accident était dû à une perforation du poumon par le trocart; mais cette explication n'est pas admissible, parce que : 1° la sérosité extraite de la plèvre n'était point sanglante; 2° le liquide expectoré ne l'était pas davantage; 3° enfin, dans aucun cas, il n'y eut de signes de pneumothorax.

Dans une observation empruntée à M. Besnier, le malade rejeta par l'expectoration, à la suite de quintes de toux violentes, trois verres environ de sérosité jaunâtre, filante, claire, recouverte d'une mousse écumeuse analogue au liquide extrait par la ponction. Cette matière, qui ne rappelait aucune variété de crachats, traitée par la chaleur et l'acide nitrique, donnait un « abondant précipité d'albumine. »

Deux autres observations empruntées à la pratique de M. Woillez sont semblables à la précédente. Ainsi, après une ponction qui donna issue à 5 litres et demi d'un liquide séreux, jaune verdâtre, il survint, vers la fin de l'opération, une toux quinteuse qui fut suivie de l'expectoration de quelques crachats transparents et jaunâtres. Ces crachats, traités par l'acide nitrique et la chaleur, donnèrent également un abondant précipité d'albumine.

Il est une observation de M. Marrotte qui présente de l'analogie avec celle de M. Richey. Cinq minutes environ après le début de la ponction, quelques quintes de toux apparaissent; il se manifeste une sensation d'angoisse et d'étouffement; le malade, pâle, est dans un état voisin de la syncope. Quelques gorgées de vin le raniment et l'opération se termine sans accident après avoir duré vingt minutes, pendant lesquelles il s'était écoulé deux bons litres de liquide ne paraissant contenir aucune trace de sang. Une

heure après, le malade a recouvré son calme, la douleur de côté a diminué, mais la dyspnée persiste, et, dans les heures qui suivent, le malade rejeta le tiers environ d'un crachoir de liquide glaireux, filant comme du blanc d'œuf, transparent, de couleur citrine, recouvert de quelques crachats spumeux. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, ce liquide précipite abondamment et donne un coagulum comme le blanc d'œuf.

Il est difficile de ne pas croire que ce liquide ne fût purement et simplement de la sérosité du sang extravasée par excès de pression. En effet, à l'examen microscopique, M. Marrotte y trouva des leucocytes en grand nombre, quelques cellules épithéliales déformées, quelques stries longitudinales fines, indiquant la présence de la fibrine, et enfin, dans certains cas, quelques globules rouges.

L'explication que M. Richet a donnée de son fait est donc infiniment vraisemblable; et ce qui vient lui donner encore plus de probabilité, c'est que M. Hérard a proposé des faits cités par M. Marrotte (et qu'il ne considère pas comme dus à une perforation du poumon) une interprétation semblable à celle de M. Richet. « Quand le poumon a été longtemps comprimé par un épanchement, dit M. Hérard, au moment où par suite de l'expulsion du liquide, il reprend ses dimensions normales, il se fait dans cet organe une sorte de poussée séreuse ou séro-sanguine; c'est cette sérosité qui est expulsée par les bronches. Ainsi M. Hérard a vu plusieurs fois des malades ponctionnés, et chez qui on ne constatait plus de traces d'épanchement, rendre, une demi-heure ou une heure après l'opération, de 500 à 1000 grammes d'un liquide qui certainement ne venait pas des plèvres. M. Hérard croit que, dans ce cas, le liquide est produit par un afflux de sang dans le poumon et ne résulte pas d'une perforation de cet organe. »

Je suis absolument de cet avis : les faits cités par M. Marrotte et celui que m'a communiqué M. Richet me semblent être de même nature et reconnaître la même pathogénie, à savoir : l'afflux presque foudroyant du sang dans un poumon comprimé au maximum par un épanchement considérable et trop brusquement dilaté; ce qui motive plus encore l'explication de M. Richet et

de M. Hérard, c'est qu'il s'agit, dans quelques-uns de ces cas, d'épanchement excessif.

Dans une très intéressante thèse sur ce sujet (1), le docteur Terrillon a signalé deux autres cas de mort chez des adultes. Cinq minutes après la thoracocentèse, un malade qu'il observa chez M. Gombault se mit à expectorer une matière écumeuse, dont l'abondance augmenta rapidement. Au bout d'une vingtaine de minutes, l'asphyxie commençait et, quoi qu'on fit, le malade succomba en rendant des flots de cette écume.

Avant la mort on pouvait entendre des râles fins dans tout le poumon correspondant au côté ponctionné. A l'autopsie on constata que le poumon n'avait pas été perforé par le trocart.

Dans un autre cas emprunté à la pratique de M. Girard, de Marseille, dix minutes après la ponction, l'opérée fut prise de suffocation, puis elle rendit par la bouche une abondante écume blanchâtre, et mourut. Le poumon n'avait pas été touché davantage.

Une particularité remarquable de ce cas, c'est que la quantité du liquide extrait par la ponction ne fut pas considérable : on n'en avait retiré qu'un litre.

M. Terrillon a réuni vingt et une observations de cas où le malade expectora, au prix de quintes de toux plus ou moins anxieuses, du liquide séreux; mais dans ces observations sont comprises celles que je viens de vous citer en les empruntant à M. Marrotte et à M. Woillez. De sorte que le fait, bien que peu fréquent, est néanmoins loin d'être rare.

Quant aux accidents qui accompagnent cette expectoration,

(1) *De l'expectoration albumineuse après la thoracocentèse*. Paris, 1873. — Je crois que la dénomination de *bronchorrhée séreuse* serait préférable : ce n'est pas de l'albumine que le malade expectore, mais la portion la plus fluide du sérum du sang rapidement et violemment extravasé; l'albumine n'est qu'un des éléments intégrants du produit ainsi rejeté, et, parce que la présence de cet élément est plus facilement révélée par les réactifs, il ne s'ensuit pas qu'il existe seul. Dire *expectoration albumineuse*, dans ce cas, serait risquer de prendre « la partie pour le tout », ainsi qu'on l'a fait à propos de ce que l'on a appelé si faussement l'*albuminurie*; et ici l'erreur de langage a conduit peu à peu aux théories les plus étranges comme les plus erronées (voir t. II, leçons LXVIII, LXIX, LXXIII, et surtout la leçon LXXIV, sur la *sérumurie* et l'*urinémie* dans la grossesse; ce qui n'est qu'un cas particulier de la *sérumurie* et de l'*urinémie* en général).

ils ne sont heureusement pas toujours mortels. Ainsi, dans certains cas légers, dit M. Terrillon, tantôt le malade se plaint d'une dyspnée légère qui va en augmentant; tantôt, au contraire, il rend tout d'abord un peu d'écume blanchâtre par un véritable crachotement. Puis survient l'expectoration caractéristique d'un liquide jaunâtre, légèrement filant, accompagné d'une grande quantité de mousse. La sortie du liquide, surtout s'il est un peu abondant, se fait quelquefois par gorgées; elle est continue sans intermittence aucune et accompagnée de quintes de toux.

Le liquide, mousseux à la surface, donne un abondant précipité d'albumine par l'acide azotique; l'acide acétique précipite aussi le plus souvent une certaine quantité de mucine; ce qui tient à la présence dans le liquide du produit de sécrétion des bronches, qui est chargé de mucus.

Dans une forme plus grave, la dyspnée est intense, la toux très fréquente et l'expectoration abondante et persistante. Le malade, qui avait été soulagé par l'opération, sent peu à peu sa respiration devenir plus pénible et sa poitrine s'embarasser.

La dyspnée, dit encore M. Terrillon, est ordinairement en rapport avec la quantité et l'état mousseux du liquide battu par l'air. Elle est quelquefois fort violente et s'accompagne d'un sentiment d'angoisse très pénible. Souvent le malade éprouve une sensation distincte qui lui fait croire que « sa poitrine est remplie de liquide ». Son anxiété devient alors extrême.

La toux est le plus souvent quinteuse, et à chaque quinte le liquide sort par gorgées abondantes.

Les râles fins, sous-crépitaux, sont très nombreux, surtout vers la base du poumon, et la cyanose de la face traduit un commencement d'asphyxie par accumulation de liquide dans les voies aériennes.

Cet ensemble de symptômes suit une marche continue pendant plusieurs heures et même une journée entière, mais avec une intensité très variable.

Progressivement tous ces accidents de suffocation se dissipent, la respiration devient de plus en plus libre, l'expectoration cesse peu à peu, et, l'air pénétrant librement dans la poitrine, le malade revient à son état normal.

La quantité de liquide rendu ainsi peut être de 12 à 15 000 grammes et même davantage. Il est citrin et presque toujours transparent, parce qu'il ne contient que très peu de mucus bronchique et de débris épithéliaux.

Enfin, je vous l'ai dit, la mort peut être la conséquence redoutable de l'accident; aux deux cas signalés par M. Terrillon, on peut ajouter celui que m'a communiqué M. Richet, ce qui fait une mortalité de 3 sur 22 ou de 1 sur 7, et ne laisse pas que d'être assez formidable.

La trop grande rapidité de l'écoulement est donc loin d'être indifférente. Cependant, si utile que puisse être la lenteur de l'évacuation, néanmoins cette lenteur a ses limites, et, sincèrement, la durée de l'opération est infiniment trop considérable avec la seringue aspiratrice primitive de Dieulafoy. A ce point de vue, son aspirateur à crémaillère est préférable, le corps de pompe possédant une plus grande capacité. Pour la même raison, l'appareil de Castiaux et de Potain, dont je vous parlerai tout à l'heure, vaut encore mieux parce que le vase qui tient le vide peut avoir une capacité assez considérable.

Ainsi trop grande lenteur dans l'issue du liquide au cas d'épanchement thoracique abondant (et je vous ai dit que ce sont ceux-là seuls qui devront vous forcer à pratiquer la paracentèse de la poitrine), tel est le premier reproche à adresser à l'appareil de Dieulafoy, au moins à l'appareil primitif. Il en est un autre que je considère comme plus important, c'est que la canule soit un trocart, c'est-à-dire qu'elle soit aiguisée à son extrémité; de sorte que la pointe de l'aiguille reste constamment à demeure dans les cavités où on l'a plongée, et où elle devient menaçante pour les organes contenus, lesquels, à mesure que se vide la cavité, vont pour ainsi dire au-devant de sa pointe.

En vain, dans l'espèce (je veux dire en cas de thoracocentèse), Dieulafoy répondra-t-il que cela ne fait rien au poumon de venir, aux derniers instants de l'opération, heurter contre ce bord aiguisé, je ne vois pas la nécessité de faire saigner cet organe; et je ne suis rien moins que convaincu, malgré les assertions de l'ingénieux médecin, que ce traumatisme soit absolument innocent.

Pour ces raisons, l'emploi du trocart à pointe cachée de M. Castiaux et de M. Potain me paraît préférable.

Le trocart de M. Castiaux est formé d'une canule à robinet, dans laquelle se meut une tige aiguillée glissant dans une boîte à cuirs. Lorsque le trocart a pénétré dans la cavité à évacuer, on retire doucement la tige aiguillée jusqu'à ce qu'elle ait dépassé le robinet; on ferme alors celui-ci, puis on retire la tige aiguillée. On adapte aussitôt l'extrémité libre de la canule à l'instrument qui tient le vide, on ouvre le robinet de la canule et le liquide pénètre dans le récipient où le vide a été fait.

Le trocart de M. Potain se meut dans une canule à tubulure latérale, destinée à être mise en rapport avec l'instrument qui tient le vide. Quant le trocart a pénétré dans la cavité de la plèvre et qu'on sent que la pointe se meut librement dans celle-ci, on retire la lame du trocart jusqu'à un cran marqué sur la tige; le liquide intra-thoracique se précipite alors dans la canule et passe dans la tubulure latérale; ce dont on est averti par la vue, la tubulure étant faite de cristal dans une partie de son étendue. On ouvre alors le robinet qui fait communiquer la tubulure avec l'appareil où le vide a été fait, et le liquide s'écoule dans celui-ci.

L'appareil où l'on fait le vide est un vase quelconque à goulot: le plus habituellement c'est une bouteille ordinaire. La bouteille est coiffée d'un bouchon à deux tubulures: le bouchon, conique, est en caoutchouc, de façon à obturer hermétiquement la bouteille; les deux tubulures qui le traversent de part en part, suivant son axe, communiquent, à l'aide de tubes de caoutchouc, l'une avec la tubulure latérale du trocart, l'autre avec une seringue aspirante. C'est cette seringue qui fait le vide.

L'appareil dont je vous parle est identiquement celui de M. J. Guérin, imaginé par lui pour aspirer les liquides utérins. C'est ce que M. Castiaux reconnaît avec la plus grande sincérité. Quant à l'invention du trocart à pointe cachée et à tubulure latérale, elle semble appartenir à M. Castiaux (1).

M. Castiaux à l'Hôtel-Dieu, M. Potain à Necker se sont simul-

(1) *Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice*, thèse de Paris, p. 47, 1873.

tanément servis chacun de son appareil. Mais le premier de ces médecins a eu l'idée de faire descendre jusqu'au fond du flacon le tube de verre qui traverse le bouchon et est en rapport d'autre part avec la cavité malade: de la sorte, et à l'aide d'une seconde seringue foulante, il peut injecter des liquides médicamenteux dans la cavité qu'on a vidée de son produit morbide.

L'instrument de M. Castiaux possède donc précisément les deux qualités fondamentales de celui de M. Dieulafoy, qui sont de pouvoir évacuer une cavité malade et d'en modifier la vitalité à l'aide de l'injection de liquides médicamenteux.

La seule objection que je fasse à l'aspirateur Dieulafoy est l'usage de son aiguille: il serait meilleur s'il était adapté au trocart à pointe cachée de Castiaux ou de Potain; et il me paraît préférable à l'appareil de M. Castiaux en ce qu'il n'y a qu'un corps de pompe au lieu des deux seringues, aspirante et foulante.

Telle est en substance la ponction capillaire aspiratrice de la poitrine au cas d'épanchement pleural: l'extrême facilité du manuel opératoire lui donne, quel que soit l'instrument employé, infiniment de chance de remplacer définitivement le procédé de Reybard.

Maintenant, au lieu de sérosité, c'est du pus que contient la cavité de la plèvre, la ponction seule est-elle suffisante?

Non, dans la majorité des cas.

La plèvre a été transformée par la maladie en un véritable kyste suppurant, et l'affection ne pourra guérir désormais que par cicatrisation. Or, pour obtenir ce résultat, deux choses sont indispensables: 1° la modification des parois du kyste; 2° l'accolement de celles-ci, c'est-à-dire, en définitive, l'adhérence entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale.

Mais pour que cette adhérence s'accomplisse, il faut que la paroi thoracique aille au-devant du poumon ou que celui-ci vienne à la rencontre de la paroi du thorax. Celle-ci est rigide, c'est donc le poumon qui doit s'avancer vers elle. Eh bien, pour que l'accolement ait lieu, il faut de toute nécessité que le poumon puisse se dilater encore; en d'autres termes, qu'il ne soit pas rendu inextensible par un revêtement pseudo-membraneux trop

épais, coriacé, inextensible lui-même. Malheureusement c'est là trop souvent le cas : le poumon est collé contre la colonne vertébrale et bridé par une coque adventice presque fibrineuse, dont l'épaisseur est proportionnelle à l'intensité comme à la durée de la phlegmasie pleurale.

De là l'importance d'intervenir le plus tôt ou tout au moins le moins tard possible. Maintenant quelle doit être cette intervention.

Il importe absolument de modifier les parois du kyste suppurant : on le faisait autrefois à ciel ouvert ; grâce aux appareils aspirateurs, on peut aujourd'hui l'effectuer à l'abri du contact de l'air.

Aran, Boinet, Trousseau ont obtenu des guérisons par les injections iodées. On ponctionnait d'abord la poitrine, on évacuait le pus ; puis dans la plaie de la ponction on introduisait une canule à demeure, canule légèrement conique, de 3 centimètres de longueur, ayant à son extrémité externe une plaque comme un bouton, et qui se fermait par un bouchon métallique, s'enfonçant comme un clou dans son orifice ; cette canule donnait issue au liquide purulent et permettait de faire des injections.

Chez un petit malade soigné de la sorte et guéri par Trousseau, chaque matin, pendant six mois, on retirait le bouchon de la canule ; il s'en écoulait une quantité de pus qui variait de 100 à 300 grammes ; puis on faisait une injection contenant à peu près 30 grammes de teinture d'iode, 40 grammes d'eau et 20 à 30 centigrammes d'iodure de potassium.

Au bout de six mois, on s'aperçut que l'injection iodée faite dans la cavité pleurale pénétrait dans les bronches et jusque dans la bouche de l'enfant : on remplaça la solution iodée par de l'eau chlorurée, plus tard par du vin aromatique.

Cependant chaque mois on voyait la quantité de liquide diminuer, la poitrine se rétrécir, la colonne vertébrale s'incliner à droite (côté de l'épanchement). Les forces et l'appétit revenaient : on donnait une alimentation succulente, du vin de quinquina et de temps à autre de l'huile de foie de morue.

Enfin, onze mois après l'introduction de la canule à demeure

et dix-huit mois à dater du début de la pleurésie, la sécrétion purulente cessa complètement, la cavité fistuleuse avait disparu et l'on retira la canule. L'enfant était guéri, après avoir rendu en près de deux cents jours l'énorme quantité de 40 000 grammes de pus.

La rétraction de la poitrine indique assez que c'est la paroi thoracique qui a été à la rencontre du poumon et que celui-ci ne s'est pas dilaté, ou ne l'a fait qu'incomplètement. Toutefois, chez les enfants, la déformation du thorax, consécutive à cette rétraction, peut ne pas persister, grâce à la croissance et à la force de réparation dont est doué l'organisme à cet âge. Ainsi, un jeune enfant de neuf ans, soigné par Bonfils, était spontanément débarrassé de sa difformité de la poitrine trois mois après la guérison d'une pleurésie purulente.

Ce fait, où la tendance réparatrice de la nature n'est pas douteuse, montre au contraire, une fois de plus, ce qu'elle fait de mal, la nature, lorsqu'on l'abandonne à elle-même, surtout chez les enfants, au cas de pleurésie aiguë. C'était un jeune garçon de neuf ans qui était atteint « d'une pleurésie, nettement accusée, très franche d'abord dans ses allures et d'une intensité ordinaire. Comme elle ne présentait dans sa marche aucun caractère insolite, elle fut jugée bénigne et traitée en conséquence, quand, après un certain temps, on s'aperçut que l'épanchement, loin de diminuer, augmentait ; si bien que la respiration devenait de plus en plus gênée, que le liquide remplissait la presque totalité de la cavité pleurale et que le cœur était déplacé (1). » Une vingtaine de jours après le début de cette pleurésie qu'on avait jugée bénigne et traitée en conséquence, c'est-à-dire à peu près par l'expectation aidée du sinapisme, et encore ! on était obligé de faire la ponction de la poitrine et l'on en retirait non point de la sérosité, mais 600 grammes de pus bien lié !

Vous comprenez qu'après tout ce que je vous ai dit déjà des méfaits de ce que j'appelle le traitement de la pleurésie « par la contemplation », je n'insiste pas davantage sur ce cas où le médecin, abandonnant la nature à elle-même au lieu de la diriger,

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 781, 4^e édit.

l'a laissée tranquillement transformer une inflammation franche et bénigne en une redoutable inflammation suppurante.

Une des difficultés du traitement de la pleurésie purulente, et ce qui explique, entre autres causes, la lenteur de la guérison, c'est que, en raison des anfractuosités du kyste pleural, par suite aussi de ce que l'ouverture de sortie du liquide morbide ne correspond pas rigoureusement à la partie la plus déclive de la cavité malade, il est impossible de vider complètement celle-ci; de sorte qu'une quantité plus ou moins considérable de pus reste à demeure dans la plèvre et peut s'y corrompre, avec toutes les conséquences d'un pareil état de choses. C'est à quoi s'oppose précisément l'ingénieux procédé de Dieulafoy.

Et ici il importe de distinguer : ou la pleurésie purulente est d'assez récente origine, ou elle est chronique et plus ou moins compliquée.

Dans le premier cas, on cite des faits de guérison par épuisement successif de la plèvre, c'est-à-dire en faisant autant de fois la ponction qu'il est nécessaire. C'est par ce procédé que Dieulafoy et Bouchut ont obtenu quelques succès. Chez un malade dont l'épanchement avait deux mois de date, l'aspiration, pratiquée par Dieulafoy avec l'aiguille n° 2, donna issue à 750 grammes de liquide purulent. Il n'y avait ni signe de tuberculisation ni rien qui indiquât un état général grave. Cinq jours plus tard, le liquide commençant à se former de nouveau, on fit une nouvelle aspiration et on retira 300 grammes de pus. Peu de temps après, dit Dieulafoy, le malade sortit guéri, sans qu'il fût nécessaire d'intervenir encore (1).

Dans un autre cas de pleurésie survenue chez une enfant durant la convalescence d'une fièvre typhoïde, M. Bouchut fit une première aspiration, et on vida l'épanchement d'abord tous les huit jours, puis deux et trois fois la semaine. Le pus se reproduisait avec une rapidité désespérante et le foyer de la plèvre se remplissait en trois jours.

M. Bouchut essaya, au moyen de l'aspirateur, d'injecter de la teinture d'iode pure dans la plèvre. Ces injections furent inter-

(1) Dieulafoy, *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, p. 332, 1873.

rompues, les ponctions aspiratrices seules continuées, et, au bout de six mois, la quantité de pus diminua. Enfin, la guérison eut lieu. On avait fait trente-trois aspirations. Pendant toute la durée de ce traitement local, l'enfant fut mise au régime d'une alimentation tonique : viande crue, beurre et alcool.

Chez un autre enfant de sept ans, M. Bouchut fit une première aspiration qui donna issue à 300 grammes de liquide purulent, épais, jaune verdâtre, sans odeur. Puis, dans l'espace d'un mois, il fit cinq autres aspirations qui fournirent 60, 30, 100, 300 et 200 grammes de pus. L'enfant guérit sans déformation de la poitrine : le thorax s'était d'abord incliné du côté malade et l'on avait appliqué une bande de collodion sur le côté opposé, afin d'obtenir le redressement; mais il est bien évident, par ce que je vous ai dit tout à l'heure du jeune malade cité par Trousseau, que le collodion n'a été pour rien dans le résultat et que la nature fait à cet âge les frais du redressement. Une observation très juste de M. Labadie-Lagrave, c'est que l'aspirateur Dieulafoy permet de répéter la ponction sans avoir la crainte de voir la plaie de l'aiguille se rouvrir spontanément en donnant naissance à une fistule par laquelle, d'un côté, le pus filtre au dehors, de l'autre l'air pénètre dans la plèvre et détermine la putridité du pus; tandis que c'est un accident assez fréquent à la suite de la ponction avec le gros trocart, accident dont je vous ai rapporté des exemples.

L'aspiration du pus et l'évacuation répétée de la plèvre suppurante sans tentative de modification des surfaces qui sécrètent le pus sont cependant choses peu rationnelles; à peine la plèvre malade est-elle vidée, qu'elle sécrète à nouveau et parfois avec une très grande rapidité; la fièvre se rallume et, ainsi que je l'ai constaté, la température locale de la plèvre malade s'élève; le malade s'épuise par ces spoliations successives et finit par y succomber. Si l'on cite les faits de guérison par cette méthode, on doit également citer les cas de mort; en voici un :

Un homme de quarante-huit ans entra le 8 mars au n° 29 de mon service; il portait un vaste épanchement pleurétique à gauche, et la nature du liquide n'en était pas douteuse : le malade sortant d'un service voisin où il avait été ponctionné sept fois en