

malade, pendant l'écoulement et les injections, toutes les positions qui peuvent être favorables, et de laver la plèvre à peu près comme on lave un tonneau.

« Lorsque le liquide extrait devient absolument limpide et transparent, et quand on s'est assuré par là qu'il ne demeure plus aucune trace de pus, on substitue à l'eau tiède dans le réservoir qui la contenait une solution iodée, ou tout autre liquide dont on a fait choix pour l'injection, et l'on opère comme précédemment. »

Quand la suppuration est abondante, il est bon de ne pas laisser le pus s'accumuler dans la plèvre, et par conséquent on maintient constamment ouvert le tube inférieur, qu'on fait communiquer avec une bouteille de façon à ne pas infecter l'air par l'odeur du pus. Quand la suppuration est moins abondante, on peut se contenter de faire deux pansements par jour et même un seul; c'est-à-dire qu'on ne donne issue au pus et qu'on ne lave la poitrine que deux fois ou une fois par jour; le siphon reste fermé dans l'intervalle des pansements.

Pour modifier topiquement la cavité suppurante, on met dans le réservoir supérieur un liquide médicamenteux tel que de l'eau alcoolisée, de l'eau phéniquée ou de la teinture d'iode très étendue; seulement ce dernier liquide a l'inconvénient grave d'altérer considérablement le caoutchouc et par suite d'entraîner des accidents par la désorganisation du tube introduit dans la plèvre.

C'est à de pareilles mésaventures, qui sont arrivées à des médecins de Paris, que le trocart thoracique de Dieulafoy a paré merveilleusement. Avec cet instrument aucun accident de cette nature n'est à redouter.

Dans la thèse de M. Benard (1), à laquelle sont empruntés les détails qui précèdent, on trouve signalées huit observations de malades traités par ce procédé. Quatre de ces malades guérirent complètement, une cinquième était en voie de guérison et trois succombèrent. La mort eut lieu chez une de ces malades au bout de trois mois. La malade était tuberculeuse. Dans un se-

(1) *D'un mode de traitement de la pleurésie purulente*, par Louis Benard. Thèse de Paris, 1871.

cond cas, la mort eut lieu au bout de quatre mois; le malade n'était pas tuberculeux. Un troisième malade succomba un mois après l'application du siphon. Chez tous ces malades, la terminaison fatale survint au milieu des symptômes de l'adynamie.

Chez la malade en voie d'amélioration le traitement durait depuis six mois. Dans un des cas de guérison dont les détails sont donnés et qui est du fait de M. Brouardel, la cure fut obtenue en un peu plus de trois mois. L'auscultation permettait de constater des bruits de frottement sans trace de liquide. Le côté de la plèvre autrefois malade présentait en arrière une notable déformation. Six mois plus tard, M. Brouardel revoyait son opéré, dont la guérison ne s'était pas une seule fois démentie.

Mais il peut n'y avoir pas que du pus dans la poitrine; la cavité de la plèvre peut contenir en outre d'épais *flocons fibrineux*, des paquets de *fausses membranes*, des *portions sphacélées* du poumon, des fragments de *poches hydatiques*, etc., toutes choses qui ne peuvent absolument pas sortir par le tube placé dans la poitrine, et alors l'opération de l'*empyème* est de nécessité absolue.

On la pratique de la façon suivante: on choisit d'abord l'espace intercostal à inciser, qui doit être nécessairement le plus déclive possible, le plus ordinairement le huitième espace, suivant M. Moutard-Martin, bien que ce choix, ajoute-t-il, n'ait rien d'absolu et ne doive être déterminé que par l'examen du malade, la forme du thorax, la direction plus ou moins oblique des côtes et l'abondance de l'épanchement. Quant à l'incision, elle doit dépasser en arrière la ligne axillaire.

Avant de la pratiquer, M. Moutard-Martin conseille de tracer à l'encre une ligne suivant exactement le bord supérieur de la côte qui limite inférieurement l'espace intercostal à inciser, et ayant la longueur qu'on veut donner à l'incision, au moins 6 centimètres; puis de la main gauche il tire la peau un peu en haut et fait son incision cutanée à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la ligne à l'encre; il fait alors glisser son bistouri à plat sur la côte inférieure et il incise couche par couche les parties molles en guidant toujours son bistouri à l'aide de l'index gauche placé

dans la plaie ; et cela dans toute l'étendue qu'il veut donner à l'incision de la plèvre.

Le pus s'écoule alors en abondance ; la plèvre vidée, on fait, à l'aide d'une seringue, des lavages à grande eau ou à l'eau tiède alcoolisée, afin de balayer ce qui reste de pus. M. Moutard-Martin conseille de maintenir la plaie béante à l'aide d'une mince lamelle de caoutchouc découpée en lanière et collée par son extrémité supérieure à la paroi thoracique avec du collodion et de la baudruche : on n'a pas, de la sorte, la crainte de la voir tomber dans la cavité de la plèvre. Puis on fait un pansement simple.

Par cette opération — pour ne citer que les cas les plus récents et alors qu'elle est pratiquée dans les conditions d'opportunité la plus évidente et avec une sagacité toute médicale — M. Moutard-Martin a obtenu les résultats suivants : sur 17 opérations qu'il a faites chez des adultes, il a obtenu la proportion considérable de 12 guérisons. Des 5 malades qui ont succombé, 2 avaient de simples pleurésies purulentes, sans fistules pulmonaires et sans tubercules ; la mort eut lieu par l'épuisement dû à la persistance et à l'abondance de la suppuration, que rien ne put modifier. L'un est mort trente-deux jours après l'opération et l'autre au bout de quarante-sept jours. Deux autres avaient des fistules pulmonaires et ne présentaient pendant la vie aucun signe positif de tubercules ; mais chez l'un des deux on trouva le poumon du côté malade criblé de tubercules, et deux ou trois cavernes au sommet ; du côté opposé à la pleurésie il existait quelques tubercules non ramollis. L'autre malade, dont l'autopsie n'a pu être faite, présenta après l'opération quelques signes de tuberculisation pulmonaire. Dans le cinquième cas de mort, la plèvre était divisée en plusieurs loges que les lavages ne pouvaient atteindre toutes, et dans lesquelles le pus stagnant, se putréfiant, produisait l'infection putride.

Des 12 opérés guéris, 2 avaient des fistules bronchiques avec pneumothorax, mais sans signes de tubercules ; un troisième avait la plèvre remplie de kystes hydatiques suppurés. Les 9 autres étaient atteints de pleurésies purulentes sans fistules, internes ou externes.

Sur ces 12 opérés guéris, 5 ont conservé des trajets fistuleux qui ne fournissaient pas constamment du pus, mais qui se tarissaient de temps en temps pendant huit ou dix jours, puis donnaient quelques gouttes de pus durant quelques jours pour se refermer de nouveau. Un de ces opérés a vu sa fistule se rouvrir au bout de plusieurs mois de guérison complète. M. Moutard-Martin dilata le trajet fistuleux avec de la laminaire et obtint la guérison de la fistule à l'aide d'injections d'eau tiède et d'eau alcoolisée ; ce qui est un cas analogue à celui du malade dont je vous ai parlé dans ma XXVIII^e leçon (1).

Sept ont guéri sans fistule. Chez tous les opérés, même chez ceux qui ont succombé ultérieurement, l'opération de l'empyème produisit un soulagement immédiat qui persista plus ou moins longtemps ; de sorte que, dans les cas malheureux, l'opération paraît avoir prolongé la vie (2).

Ce sont là de beaux résultats, qui sont évidemment dus surtout à l'emploi du siphon de Potain, lequel, une fois la plèvre largement vidée de ce qu'elle peut contenir, pus, fausses membranes et corps étrangers, permet les lavages complets et les injections médicamenteuses sans souffrance pour les malades. Ce procédé mixte employé par M. Moutard-Martin est donc celui qui me paraît devoir être adopté en cas d'empyème.

Gardez-vous cependant de croire que vous obtiendrez toujours de tels succès ; je sais d'assez nombreux cas de mort, et de récents, par l'opération de l'empyème ; mais, même en employant le siphon de Potain, on peut complètement échouer, la suppuration du kyste étant intarissable, et le malade ayant de la sorte une espèce de séton dans la poitrine. Tel est le cas du malade actuellement au n^o 5 de notre salle Saint-Antoine.

Le 4 septembre 1870, après la capitulation de Sedan, il fut dirigé dans un wagon à bestiaux et par une pluie battante sur le camp de Beverloo, en Belgique. Pendant toute la journée que dura le voyage, il reçut cette eau sur le corps et, arrivé au camp, il garda sur lui ses vêtements absolument trempés, il resta grelottant toute la nuit et le lendemain. Deux jours plus tard, il

(1) Voir, plus haut, p. 586.

(2) Moutard-Martin, *la Pleurésie purulente et son Traitement*, p. 141. 1872.

éprouva un violent point de côté à droite, accompagné d'une toux incessante sans expectoration.

Dans cet état, il ne fut pas seulement privé de tout secours médical, il manquait des ressources hygiéniques les plus élémentaires et n'avait qu'une nourriture aussi insuffisante que de mauvaise qualité. L'appétit se perdit complètement; le sommeil devint nul ou était accompagné de rêvasseries. Chaque soir il y avait de petits frissons erratiques. Le pauvre homme, étendu tout le jour sur le lit de camp, ne pouvait bientôt y rester couché que sur le côté droit; ce qui, vous le savez, démontre que déjà un épanchement pleurétique assez considérable avait dû se former de ce côté.

Au bout de trois mois, il fut envoyé à Anvers, n'ayant reçu jusque-là aucun secours médical. Dans cette ville, il put enfin entrer à l'hôpital; un médecin l'ausculta, et lui fit — moyen héroïque! — appliquer sur le point douloureux un vésicatoire de la largeur d'une « pièce de cinq francs ». Cependant, grâce à l'hygiène meilleure, l'état du malade s'améliora légèrement; mais alors on le fit quitter l'hôpital, « où l'on ne gardait pas les malades guéris ».

D'Anvers il fut expédié à Gand, toujours dyspnéique, toujours souffrant de son côté droit. A l'hôpital de Gand, où il obtint d'entrer, on lui appliqua trente ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale. Au bout de quinze jours, il dut néanmoins quitter l'hôpital de Gand; il resta un certain temps encore avec ses compagnons de captivité, souffrant du froid et de la faim, et revint enfin en France le 11 mars 1871.

Arrivé à Paris, il y retrouva sa femme et ses enfants: la vie de famille, les soins qu'il reçut, le plaisir d'avoir retrouvé les siens, lui rendirent un instant les forces qu'il avait perdues; de sorte qu'il crut pouvoir reprendre sa profession d'ornemaniste; mais tout cela ne dura guère: une toux continuelle, la gêne de la respiration, le point de côté, le forcèrent de nouveau à entrer à l'hôpital. C'est à Lariboisière qu'il fut admis, dans le service de M. Guyot, le 1^{er} avril 1872.

Mon collègue diagnostiqua une pleurésie droite avec épanchement. Quelques vésicatoires sont d'abord appliqués, sans soula-

gement pour le malade. On pratique alors quatre ponctions en quinze jours; chacune d'elles ne donne issue qu'à une très minime quantité de liquide, « à peine un verre », au dire du malade.

Le lendemain de la dernière ponction, cet homme est pris d'un très violent accès de dyspnée. M. Guyot, après en avoir conféré avec un de ses collègues de Lariboisière, pratique, séance tenante, l'opération de l'empyème, laquelle permet la sortie de trois cuvettes de pus.

L'inefficacité des ponctions, malgré l'abondance évidente et excessive de l'épanchement, prouve assez qu'il s'agissait d'une pleurésie cloisonnée ou multiloculaire, et que l'empyème était la seule opération praticable.

Dès lors, en effet, le malade fut soulagé. Une sonde à demeure est placée dans la plaie. Trois fois par jour, des lavages sont faits avec de l'eau phéniquée. La quantité de liquide qui entre et sort à chaque fois est considérable. L'état général s'améliore, les forces reviennent, lentement, il est vrai. C'est alors que le malade est obligé de quitter l'hôpital à la suite d'une discussion avec la religieuse du service (22 juillet 1872).

Il entre, le 26 juillet 1872, dans le service de M. Cadet-Gassicourt, à l'hôpital Saint-Antoine.

En août, on applique le siphon de Potain et on pratique des lavages à l'eau phéniquée; on panse la plaie avec de l'alcool; on donne des toniques.

En septembre, les choses sont stationnaires; on tente alors dans la plèvre une injection composée de teinture d'iode mélangée avec une égale quantité d'eau. Cette injection est rejetée presque entièrement par la sonde. Malgré cela, se manifestent presque immédiatement des accidents d'asphyxie très intenses, ainsi que des convulsions. Pendant huit jours, le malade se plaint de sécheresse de la gorge. Il lui semble avoir de la teinture d'iode dans la bouche. La salive examinée ne présente cependant pas la réaction iodée.

Le lendemain, les injections phéniquées sont reprises.

En octobre, douleur vive au côté droit, oppression, faiblesse très marquée. On est quelquefois obligé de suspendre le lavage, le malade perdant connaissance. Toux sèche, quinteuse, sueurs

nocturnes. On ausculte les sommets, mais on ne trouve rien de bien caractérisé.

En novembre, la quantité de liquide que contient la cavité pleurale diminue, mais lentement; le pus, verdâtre habituellement, présente quelquefois une couleur sanguinolente. Son odeur est souvent fétide. Pas de frissons.

En décembre, la plaie devient plus douloureuse. On fait une injection de chloral. Le malade reste pendant deux jours sous l'influence de ce médicament, qui produit sur tout son organisme un effet hyposthénisant très marqué. On remplace l'injection par l'application sur la plaie d'une pommade dont le chloral fait la base. Les lavages à l'eau phéniquée sont repris.

Vers la fin de décembre, faiblesse très grande. Diminution notable du kyste pleural.

En prenant possession du service à cette époque, je trouve le malade pâle, amaigri. les traits tirés. La figure présente l'aspect de la souffrance longtemps prolongée. L'appétit est resté bon. Les digestions se font régulièrement, mais le malade mange très peu; il n'a pas de diarrhée. Le pouls bat 90. La température varie de 37 degrés à 37°,4. Le sommeil est assez bon. L'état général est loin d'être satisfaisant.

Le malade présente l'aspect général d'un phthisique. Cependant la poitrine percutée et auscultée ne nous offre, à gauche, rien d'anomal. A droite, submatité dans toute la portion supérieure du poumon. En bas, matité presque absolue. L'auscultation fait entendre dans la partie supérieure un murmure vésiculaire sec, rude, mais sans aucun signe évident de tuberculisation; la sécheresse de la respiration pouvant être attribuée au dépoli de la séreuse pleurale. Dans la partie inférieure, l'oreille perçoit une respiration difficile, mélangée à une grande quantité de frottements-râles. La plaie est douloureuse; elle empêche quelquefois le malade de dormir. Aucun point douloureux autre qu'à cet endroit. La toux est toujours sèche. Pas de frissons. Des lavages sont faits deux fois par jour avec l'acide phénique étendu de beaucoup d'eau. Par l'appareil de Potain, qui sert pour ces lavages, s'échappe une quantité de pus qui peut être évaluée aux trois quarts d'un verre environ. Le pus est bien lié,

semble de bonne nature; cependant l'odeur qu'il répand est infecte.

Les choses restent dans cet état sans aggravation ni amélioration bien sensibles pendant dix jours.

Le 10 janvier, je fais cesser les lavages à l'eau phéniquée, qui ne donnent que des résultats peu satisfaisants, et je les remplace par de l'eau alcoolisée, d'abord au dixième. Le premier jour, le malade se plaint amèrement. Il raconte le lendemain qu'il a été ivre pendant toute la journée de la veille, qu'il a senti à l'arrière-bouche un goût d'alcool très prononcé. Les mêmes lavages sont néanmoins continués. Le pus devient moins abondant. Il est moins grumeleux et répand surtout une odeur beaucoup moins repoussante. De temps à autre le pus est légèrement sanguinolent; cet état ne coïncide jamais avec une aggravation, même passagère, des symptômes locaux ou généraux.

Le 15 janvier, les lavages sont faits au cinquième d'alcool pur. La cavité se rétrécit notablement. Le malade se plaint que ces lavages brûlent sa plaie et lui occasionnent des douleurs qui le privent de sommeil. L'auscultation révèle une respiration normale à gauche, peut-être un peu puérile. A droite, sécheresse en haut, râles et frottements dans le reste du poumon.

Lavage à l'eau simple pendant trois jours; le pus devient plus abondant (un demi-verre) et surtout beaucoup plus fétide.

Le 20 janvier, lavage à l'eau alcoolisée au dixième.

Le 25 janvier, lavage à l'eau alcoolisée au cinquième.

Les lavages à l'eau alcoolisée ont évidemment diminué la cavité du kyste et modifié d'une façon heureuse la quantité comme la qualité de la suppuration. Cependant, l'état restant stationnaire dans le mieux, je désire arriver à tarir cette sécrétion et fermer cette plèvre; à cet effet, je tente d'extraire plus complètement le pus et de laver plus parfaitement la cavité du kyste pleural à l'aide de l'aspirateur à crémaillère de M. Dieulafoy et je prie ce médecin d'appliquer lui-même son appareil.

Le 10 février 1873, mon jeune ami examine le malade et fait dans le kyste pleural une injection de 70 grammes d'eau alcoolisée.

Le 10, à sa visite du soir, M. Andral, interne du service, au lieu

de 70 grammes, en injecte 100 avec facilité; les parois une fois bien lavées, il injecte et laisse dans la cavité 35 grammes d'une solution de sulfate de zinc (1 gramme pour 100). A la suite le malade a très mal dormi, il dit le lendemain « qu'il avait eu toute la nuit le feu dans le corps. »

Ces lavages furent continués par M. Andral, du 10 février au 24 mars, tirant par aspiration le pus avant d'injecter l'eau alcoolisée; le pus a varié comme qualité et comme quantité. Un jour on en retirait 20 grammes, le lendemain 60. Le pus arrivait toujours avec une grande quantité de gaz. Ces gaz pouvaient provenir de trois sources: naître dans la cavité pleurale; se dégager du liquide purulent sous l'action du vide, ou bien être attiré de l'extérieur dans la plèvre au moyen de l'aspiration. Il a, en effet, toujours été impossible de fermer complètement la fistule consécutive à l'incision, et par cette fistule il s'est écoulé constamment du pus dont on n'a jamais pu apprécier la quantité.

Relativement à sa qualité, le pus a varié, et cela du jour au lendemain, au point de vue de la consistance et de la coloration: tantôt épais, tantôt liquide, jaune un jour, roussâtre le lendemain, d'autres fois citrin, d'autres fois, mais rarement, sanguinolent.

On n'a pu faire que quatre fois des injections de solution de sulfate de zinc, et encore en diminuant la dose de sulfate (50 centigrammes pour 100, au lieu de 1 gramme); toutes les fois que ces injections ont été faites, le malade dit avoir passé des « nuits affreuses ».

Malgré les lavages répétés (deux lavages par jour et trois injections par lavage), la cavité pleurale n'a pas diminué. M. Dieulafoy avait injecté 70 grammes le 10 février, le 24 mars M. Andral pouvait injecter 80 grammes d'eau alcoolisée. Il n'y a donc pas eu d'amélioration locale.

D'un autre côté, l'état général devenait assez mauvais de jour en jour. Ces lavages répétés, faits avec un appareil d'une puissance assez considérable, semblent avoir fortement ébranlé le malade. Il n'avait pas beaucoup d'appétit et le peu qu'il avait a disparu. Il a eu à plusieurs reprises de la diarrhée, et tous les jours des vomissements plus ou moins abondants; les traits se sont excavés et le teint, de pâle qu'il était, est devenu jau-

naître. Quelquefois aussi il y avait un peu de fièvre le soir, mais le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 38 degrés.

Contre la fièvre je prescrivis du sulfate de quinine; contre la diarrhée, des potions au bismuth et au diascordium, et contre les vomissements, des gouttes noires anglaises.

Le 24 mars, j'ai renoncé aux lavages avec l'appareil Dieulafoy et repris le siphon de Potain. M. Andral introduisit dans la cavité du kyste l'extrémité d'une sonde en caoutchouc, ronde, assez longue pour que l'autre extrémité pût être ramenée sur le devant de la poitrine, et, grâce à ce procédé, le malade peut se laver lui-même aussi souvent qu'il veut avec le siphon de Potain.

Depuis ce changement d'appareil, le malade va sensiblement mieux. La fièvre ayant disparu, on ne donne plus de sulfate de quinine. La diarrhée n'est pas revenue; il n'y a plus de vomissements; les joues sont plus pleines et le teint n'est plus jaune.

Mais, au fond, c'est l'échec du traitement par le siphon ou l'aspiration (1).

L'histoire de ce malade est-elle assez lamentable! Sa pleurésie, méconnue et mal traitée, donne naissance à un vaste épanchement, lequel, grâce à une hygiène déplorable, devient purulent. Et le pauvre homme traîne ainsi pendant dix-sept mois sa collection purulente de Belgique en France, jusqu'à ce qu'enfin on la reconnaisse et qu'on l'en débarrasse. Mais depuis lors, rien n'a pu tarir encore la sécrétion du pus; et si petite que soit devenue la cavité du kyste, elle reste toujours béante. J'avais espéré la pouvoir fermer, comme j'ai réussi à le faire chez le malade du n° 42 (2); voilà pourquoi j'avais résolu de mieux laver le kyste à l'aide de l'appareil Dieulafoy; mais cette première tentative a échoué. Je pensais à introduire dans le kyste une tente de charpie enduite d'onguent styrax, afin de faire plus activement bourgeonner les parois kystiques; mais le malade s'est absolument refusé à tout nouveau traitement, et j'avoue que je ne me sens ni

(1) Cette observation a été soigneusement recueillie par M. Cotté, externe du service de M. Cadet-Gassicourt, ainsi que par M. Salis, externe, et M. Léon Andral, interne de mon service. — Voir, t. II, leçon XXXIX, la fin de l'observation, où l'on voit comment ce malade s'est tuberculisé à la suite de sa pleurésie et par inanition respiratoire.

(2) Voir, plus haut, leçon XXVIII, p. 586.

le courage ni le droit d'exiger qu'il se soumette à une expérience dont je suis loin de connaître la valeur curative. En somme, cet homme est un infirme : treize mois de traitement le plus rationnel n'ont pu faire fermer sa plèvre suppurante, et c'est là un fait à mettre encore au bilan de l'expectation dans la pleurésie aiguë.

Maintenant, si le pleurétique est *tuberculeux*, la conduite à tenir est fort simple au cas d'épanchement purulent : il faut s'abstenir. Il le faut, parce que la guérison, déjà si problématique lorsque les poumons sont intacts, devient absolument invraisemblable lorsqu'ils sont envahis par les tubercules. Il le faut, parce que vous n'avez pas même l'espérance légitime de soulager le malade pour un temps même restreint ; tandis que vous avez la presque certitude de réveiller la fièvre de suppuration, la plèvre étant fondamentalement de mauvaise qualité et l'organisme tout disposé à s'enfièvre.

Rappelez-vous à ce sujet le malade du n° 29, dont je vous ai parlé tout à l'heure. Si l'épanchement vous force la main par son abondance et que le liquide extrait ne soit que laiteux, comme chez ce malade lors de la première ponction, eh bien, traitez activement l'hypérémie pleurale qui va survenir, afin de l'empêcher de sécréter du pus ou de restreindre la sécrétion de celui-ci ; traitez-la par des ventouses scarifiées le jour même de l'opération et par des vésicatoires les jours suivants ; traitez encore de la même façon, si l'épanchement est purulent et que le malade soit robuste ; mais, franchement, je ne pouvais guère agir ainsi pour notre malade du n° 29, épuisé par les six suppurations consécutives à ses sept ponctions : ce n'était plus qu'une ruine organique.

Je ne veux pas quitter ce triste sujet de la pleurésie purulente sans vous dire à quel point elle est fréquente chez les enfants. Assurément la suppuration de la plèvre dans le jeune âge peut tenir à l'activité même de la vie, à ce que le *visus formativus* procède alors plus rapidement dans le mal comme dans le bien ; mais, indépendamment de ces conditions toutes physiologiques, et qui sont communes à l'enfance en général, il en est de pure-

ment sociales, et qui sont propres aux enfants des pauvres. Misère sociale et misère physiologique marchent ordinairement de conserve, aussi l'organisme du pauvre n'est-il trop souvent qu'un pauvre organisme.

Combien la chose est-elle plus vraie pour le petit enfant ! Pauvreté de la séreuse et méchanceté de sa maladie ; tendance à la purulence de cette pleurésie survenant chez cet enfant du peuple, mal nourri, plus mal soigné encore ; que le médecin n'a point visité ou qu'il a traité par des moyens insignifiants ; d'abord parce que la mode est ainsi, ensuite parce que ni le milieu ni les conditions matérielles ne se prêtent à un traitement plus actif.

Quoi qu'il en soit, la pleurésie purulente, si fréquente dans les hôpitaux de l'enfance, l'est beaucoup moins en ville ; et l'on peut avancer que les petits malades qui entrent à l'hôpital avec un épanchement purulent n'avaient pas été soignés avant leur admission. Ici encore je ne crains pas d'accuser l'expectation, dont je vous ai déjà signalé la malfaisance chez les enfants affectés de pleurésie (1).

Enfin la plèvre de ce petit enfant a suppuré, qu'y faut-il faire ? Nous avons vu tout à l'heure qu'on peut la guérir à l'aide d'aspirations successives, dont il a fallu jusqu'à trente-trois dans un cas ; mais on en pourrait citer d'autres où, au bout d'un an de traitement, les ponctions capillaires aspiratrices, répétées cinquante-six fois, sans compter les ponctions sèches, n'avaient pas encore réussi à guérir le petit malade.

Par ces raisons, d'accord avec M. Henri Roger, je crois que l'*écoulement continu* du pus est préférable à son évacuation intermittente par ponctions successives. Je ne saurais mieux faire que de vous citer les paroles mêmes de mon cher maître en pathologie infantile.

« Voici, dit M. Henri Roger, les règles que nous croyons devoir tracer relativement au traitement de la pleurésie purulente chez les enfants et aux indications de la thoracocentèse :

« 1° Dans les cas aigus, si l'épanchement est abondant, et si

(1) Voir, dans cette leçon, p. 650, et leçon XXVIII, p. 590.