un état aseptique en plaçant les instruments pendant un certain temps dans un autoclave comme il s'en trouve dans les laboratoires de microbiologie, et comme M. Redard vient d'en faire construire d'applicables à la pratique en réduisant leurs dimensions et en les rendant plus portatifs. Mais, jusqu'à ce que de tels moyens soient à leur disposition, les praticiens agiront sagement en employant toujours une aiguille ou un trocart neufs pour pratiquer la thoracentèse.

Le diagnostic de la pleurésie purulente est, comme le dit M. Blachez, fort délicat à établir. En dehors du cas où un abcès sous-cutané s'est formé en coincidence avec des signes d'épanchement pleural, il ne faut pas compter sur des signes tels que l'état lisse de la peau, qui serait tendue et brillante du côté du malade. Cet aspect de la peau ne prouve que l'abondance de l'épanchement et non sa purulence, de même que la fluctuation des espaces intercostaux. Les vraisemblances les plus grandes en faveur de la présence du pus dans la plèvre se tirent des circonstances dans lesquelles s'est développée la pleurésie (maladies infectieuses et surtout scarlatine,) mais particulièrement de l'état général, de la fièvre avec cachexie croissante et de la diarrhée. Une pleurésie qui n'est pas entrée en résolution au bout de trois semaines chez un enfant a de grandes chances pour être purulente.

D'ailleurs une pleurésie purulente peut, chez les enfants, guérir spontanément.

La guérison sans ponction, par suite d'une sorte de cloisonnement de la plèvre et de la transformation granulo-graisseuse et d'une sorte d'émulsion de son contenu, qui se résorbe à la longue, est possible, mais à coup sûr exceptionnelle.

Ce qui est fréquent, au contraire, c'est la guérison après évacuation du pus, que celui-ci soit expulsé par fistule bronchique, ou cutanée intercostale ou même en des points éloignés tels que la fesse ou l'aîne.

En règle générale il ne faut pas compter sur ces modes de guérison spontanée, et faire la thoracentèse. Les faits de guérison définitive après une seule thoracentèse sont authentiques, M. Blachez en cite des cas.

Mais d'ordinaire l'épanchement se produit et rend à brève échéance une nouvelle ponction nécessaire; s'il se produit de plus en plus lentement et en quantité décroissante, on peut espérer obtenir la guérison par des ponctions répétées. M. Bouchut a cité un cas de guérison après 122 ponctions.

M. Blachez ne croit pas qu'on doive dépasser 5 à 6 ponctions. Alors il vaut mieux recourir à la thoracotomie. "En attendant trop longtemps, on risque, dit-il, d'amener une sorte de condensation du tissu pulmonaire sous des adhérences de plus en plus épaisses; une rétraction plus accentuée de la paroi thoracique avec les déviations vertébrales consécutives qui peuvent amener des déformations persistantes et que l'âge ne modifie plus."

Pour ce qui est du manuel opératoire, il est prudent de ne faire l'incision de l'espace intercostal qu'en se guidant sur le trocart conducteur qui aura servi à faire la ponction exploratrice, et les recommandations qu'ajoute M. Blachez méritent d'être suivies à la lettre.

"En résumé, bien que la pleurésie purulente, chez l'enfant, guérisse plus souvent que chez l'adulte par les ponctions simples suivies de lavage, il est indiqué de recourir à l'opération de l'empyème toutes les fois que l'amélioration n'a pas lieu franchement, après une série de