

de la méningite syphilitique chronique peut se transformer en lymphocécose. Ces accidents aigus au cours de la méningite syphilitique sont dus à des poussées congestives évoluant autour des lésions scléro-gommeuses.

Ces deux types de méningites syphilitiques aigues présentent donc un pronostic différent; la méningite secondaire guérit, presque à coup sûr, sans laisser de séquelle. La méningite tertiaire aigue est d'un pronostic beaucoup plus réservé et laisse après elle des séquelles nerveuses.

Toutes deux relèvent du traitement mercuriel intensif; il sera bon en cas de méningite aigue, tertiaire, de lui associer le traitement ioduré.

Chirurgie Pratique

Quelques procédés très simples de thoracentèse

Les appareils aspirateurs utilisés pour faire la thoracentèse ne sont pas très compliqués; leur maniement expose cependant à des erreurs de technique qui, si elles ne déterminent le plus souvent aucun accident, sont toujours d'un effet fâcheux pour le malade, pour son entourage, et, par conséquent aussi, pour le médecin. Ces erreurs et leurs suites ne sont pas à craindre si l'on se sert d'autres appareils, qui ne sont pas nouveaux pour la plupart, mais qui ne sont encore ni assez connus, ni assez employés.

Voici, par exemple, le siphon de Duguet; il se compose d'un trocart et d'un tube d'écoulement avec entonnoir; le trocart lui-même est constitué par trois pièces: une canule terminée à son extrémité libre par un robinet à clef; une obturateur de la canule appelé boîte à cuirs et une lame; celle-ci a une extrémité perforante plus volumineuse, aussi ne peut-elle, quand on la retire après ponction faite, sortir complètement de la boîte à cuirs qui lui est adaptée. Le tube en caoutchouc, long de 1m.10, est muni à une extrémité d'un robinet avec clef, à l'autre d'un entonnoir.

La manoeuvre du siphon de Duguet est très facile; le trocart introduit dans la cavité pleurale, on retire la lame jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par son extrémité plus volumineuse dans l'obturateur; on tourne alors la clef de la canule et on enlève complètement lame et obturateur. Le tube amorcé avec de l'eau bouillie est adapté à l'extrémité de la canule; les deux robinets sont ouverts, l'entonnoir abaissé au-dessus d'un bocal, et l'écoulement se fait par une aspiration modérée et régulière. Nous avons pratiqué, avec le siphon de Duguet, un certain nombre de thoracentèses pendant et depuis notre internat à l'hôpital Lariboisière et nous n'avons jamais observé le moindre incident. Ce siphon est employé dans quelques hôpitaux de Paris et de province; à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le siphon a été adopté dans le service de M. le professeur Olive, qui en a montré les avantages à l'une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale.

Le tube pleural de Bergé est encore plus simple; c'est une aiguille creuse à laquelle s'adapte un tube de caoutchouc de faible diamètre et long de 80 centimètres à 1 mètre; pour faire la thoracentèse avec ce tube, il faut encore, mais ceci est dans toutes les troussees, une seringue en verre et une petite pince à forceps. L'aiguille étant fixée à un bout du tube de caoutchouc, on emplît le tube d'eau bouillie avec la seringue et on vérifie le bon fonctionnement du siphon. Quand l'écoulement est régulier, on ferme l'extrémité du tube avec la pince; la ponction faite, on abaisse l'extrémité libre du tube; on ouvre alors la pince à forceps et le liquide pleural s'écoule très lentement.

À Marseille, le professeur Boinet évacue, sans aspiration, les produits pathologiques de la plèvre, qu'ils soient liquides ou gazeux, au moyen d'un drain à valves. Ce petit appareil se compose essentiellement d'un tube en caoutchouc obturé à une de ses extrémités et présentant une fente terminale ou deux fissures latérales; le drain peut être placé à l'extrémité d'une canule ou simplement adapté au tube d'adduction, préalablement amorcé, de l'appareil Potain; le contenu de la plèvre s'écoule lentement et, pendant l'inspiration, l'accolement des fentes du tube évacuateur évite la pénétration de l'air extérieur dans la plèvre.

Ces procédés très faciles de thoracentèse nous paraissent présenter un grand intérêt pratique. Les épanchements pleuraux sont en effet parmi les affections dont le diagnostic est souvent très difficile et dont le traitement n'est pas toujours conduit avec assez de décision. Pour parfaire le diagnostic, il est cependant un moyen très simple, c'est la ponction exploratrice, dont il faut user presque sans réserve. La présence de liquide étant ainsi reconnue, les indications de la thoracentèse seront appuyées sur des données certaines. Nous ne voulons pas dire qu'il faille évacuer tout épanchement pleural dont le diagnostic est positif; ce serait une erreur thérapeutique grave, puisqu'il est admis aujourd'hui que la plupart des pleurésies, les pleurésies tuberculeuses, ne doivent être ponctionnées que dans certaines conditions de quantité ou à certains moments de leur évolution clinique. Mais il est d'autres pleurésies, ou plutôt d'autres épanchements pleuraux, dont l'évacuation, cependant très utile, n'est pas assez souvent pratiquée; ce sont, par exemple, les épanchements pleuraux des cardiaques. Le fait de disposer d'appareils d'une simplicité extrême incitera peut-être à ponctionner plus fréquemment ces épanchements pleuraux; dans bien des cas, la thoracentèse procure au malade, sinon la guérison du syndrome asystolique, tout au moins un grand soulagement; elle permet aussi à la digitale d'agir avec efficacité, car elle supprime un de ces barrages périphériques ou viscéraux, qui sont, comme l'a bien montré Huchard, une cause très fréquente des insuccès de la digitale.

M. BRELET,
In Gazette des Hôpitaux.