

de s'étendre et d'évoluer vers la sclérose sur la plèvre viscérale. Et bien plus, dans l'opinion de l'auteur que nous venons de citer, si l'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses déjà avancées, on ne doit pas se contenter d'une pleurotomie simple, mais pratiquer une résection costale suffisante pour permettre l'examen de la poche purulente en son entier, et si nécessaire le grattage à la curette de toutes les fongosités, la cautérisation de la surface cruentée, ou même la décortication du poumon lorsque celui-ci est enveloppé d'une coque de tissus sclérosés.

Netter, d'un autre côté, n'a jamais trouvé les résultats de la thoracotomie très encourageants, dans le pyothorax tuberculeux; nombre de malades ont succombé à bref délai, d'autres ont conservé des fistules, la guérison a été l'exception. Les résultats, dans l'ensemble, sont donc tout à l'encontre de ce que l'on observe dans le traitement chirurgical des autres épanchements purulents de la plèvre.

Telles sont les deux méthodes opposées qui ont chacune pour appui les enseignements des maîtres les plus accrédités dans la médecine et la chirurgie. Rien d'étonnant, si le médecin praticien, quand il est appelé à prendre une décision, devant un cas de pleurésie purulente tuberculeuse, se trouve très embarrassé dans le choix de l'intervention thérapeutique qui puisse le faire arriver aux meilleurs résultats.

J'ai partagé moi-même, pendant un certain temps, l'opinion exprimée par M. Dieulafoy, et j'ai suivi la réserve qu'il impose comme règle, en me bornant au traitement médical palliatif des premiers cas d'empyème tuberculeux que j'ai eus à observer.

Mais je dois avouer qu'il m'a été pénible de voir succomber à la cachexie pulmonaire, après une évolution plus ou moins longue de la maladie, quelques sujets chez lesquels la pleurésie purulente tuberculeuse, à débris brusque et fébrile