

il peut être nécessaire alors de faire des injections d'eau tiède dans cette cavité : ces injections sont utiles aussi lorsque le sang épanché commence à se corrompre ; dans toute autre circonstance elles offrent peu d'avantages et ne sont pas sans inconvénients. Lorsque la poitrine est entièrement débarrassée du sang qui y était épanché, il en sort une matière puriforme, rougeâtre, ensuite de véritable pus dont la quantité diminue par degrés, et qui se tarit enfin complètement. Pour lors on cesse l'usage de la mèche, et on se contente de couvrir la plaie d'un linge fin sur lequel on pose de la charpie et des compresses. Jamais on ne doit mettre la charpie à nu sur les plaies de ce genre, parce qu'on exposerait le malade à tous les accidents qui peuvent résulter de la chute d'un corps étranger dans la poitrine. On doit insister avec fermeté pendant toute la durée du traitement sur les moyens généraux propres à modérer le cours du sang, et éloigner toutes les causes qui pourraient l'accélérer, comme les efforts pour aller à la garde-robe, les mouvements brusques, l'exercice de la parole, une nourriture succulente, du vin pur, des liqueurs spiritueuses, les passions vives, etc. Il est toujours à craindre que ces causes, en ajoutant à la force avec laquelle le sang circule, ne fassent détacher le caillot qui en a suspendu le cours dans le vaisseau blessé. Vesale a vu cet accident arriver quinze jours après la blessure et onze jours après l'opération de l'empyème. Un soldat biscayen frappé de deux coups d'épée au-dessus de la mamelle droite, fut attaqué de fièvre, de difficulté de respirer, d'insomnie et de douleurs vives à la partie inférieure de la poitrine. Vesale reconnut à ces signes qu'il s'était fait un épanchement sanguin dans cette cavité ; il jugea prudent d'attendre jusqu'au quatrième jour pour donner issue à ce liquide, afin de ne point augmenter ou renouveler l'hémorrhagie. L'opération pratiquée à cette époque procura l'écoulement d'une grande quantité de sang coagulé. Le malade se trouva très-soulagé. Le sang continua à couler pendant quelques jours ; ensuite il s'établit une suppuration louable qui faisait espérer une guérison complète. Tout en effet semblait l'annoncer ; mais le malade, ayant fait usage d'une nourriture trop abondante, mourut d'hémorrhagie au moment où il semblait toucher à sa guérison. M. Lombard a vu un accident semblable survenir au bout d'un temps plus long encore. Un dragon avait reçu au côté droit de la poitrine un coup de demi-espadaon qui avait pénétré dans cette cavité et blessé le poumon. La plaie était complètement cicatrisée depuis deux mois lorsque cet

homme mourut tout à coup d'hémorrhagie, pour avoir lancé avec effort une boule de quilles. On ne saurait donc recommander aux malades d'éviter avec le plus grand soin toutes les circonstances qui, en excitant la circulation, pourraient renouveler l'hémorrhagie.

Quelques auteurs ont recommandé, comme un point important, de faire sortir l'air qui s'est introduit dans la poitrine, et d'empêcher qu'il n'y en entre de nouveau au moment où la plaie tend à se cicatriser. Dans cette vue, ils conseillent de rapprocher les bords de la plaie et de faire faire une grande inspiration au malade, de la laisser ouverte pendant l'expiration qui doit être lente, et de répéter plusieurs fois la même chose ; après quoi on doit couvrir la plaie d'un emplâtre agglutinatif. Sans discuter ici l'efficacité de ce moyen, nous pensons que son utilité n'est pas très-marquée, et qu'il suffit, pour prévenir l'entrée de l'air dans la poitrine, de ne panser la plaie que le moins souvent possible, et de ne la laisser jamais à découvert. Quant à l'air qui se trouve dans cette cavité au moment où la plaie se ferme, sa quantité n'est point assez considérable pour empêcher le développement du poumon, et cet air est bientôt absorbé avec la sérosité qui s'exhale de la surface de la plèvre.

 ARTICLE III.

Des abcès de la poitrine.

Par rapport à leur situation, les abcès de la poitrine peuvent être distingués en extérieurs et en intérieurs. Les premiers ont leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans l'interstice des muscles qui couvrent la poitrine. Les seconds peuvent se former : 1° dans le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux et aux côtes ; 2° entre le poumon et la plèvre dans un espace circonscrit par des adhérences de ces parties ; 3° dans le médiastin ; 4° dans la cavité même de la plèvre, le pus étant épanché sur le diaphragme ; 5° enfin dans la substance même du poumon. Ces derniers étant exclusivement du ressort de la médecine interne, il n'en sera pas question ici.

§ 1. — Abscès extérieurs de la poitrine.

Ces abcès, soit qu'ils aient leur siège dans le tissu cellulaire sous cutané, ou dans l'interstice des muscles qui couvrent la poitrine, ne diffèrent point de ceux de la même espèce qui surviennent dans les autres parties du corps; les causes, les signes, le traitement, en sont les mêmes. Il serait inutile de répéter ce que nous avons dit sur les abcès en général (tome 1, chap. 3); nous nous bornerons donc à quelques remarques relatives à ceux qui occupent le creux de l'aisselle.

La grande quantité de tissu cellulaire qui se trouve dans cette partie y rend les abcès très-fréquents. Ces abcès sont plus ou moins considérables, et succèdent tantôt à une inflammation dont la marche est rapide, tantôt à une inflammation lente et chronique. Le plus souvent cette inflammation se développe spontanément et dépend d'une cause interne qu'il est presque toujours difficile d'apprécier. Quelquefois elle est produite par l'irritation qui se communique sympathiquement d'un doigt affecté de panaris aux glandes et au tissu cellulaire de l'aisselle; ou bien par l'absorption d'une matière vénéreuse ou virulente introduite par la piqûre d'un corps qui en était imprégné, ou absorbée de toute autre manière. Dans ces cas on voit souvent une teinte rosée sur la partie antérieure de l'avant-bras, et sur le côté interne du bras, dans le trajet des vaisseaux lymphatiques qui ont porté la matière vénéreuse aux glandes axillaires, lesquelles sont alors plus ou moins engorgées, et quelquefois même exclusivement le siège de l'engorgement.

Quelles que soient la cause, l'étendue et la marche de l'engorgement inflammatoire qui précède les abcès de l'aisselle, les phénomènes de la maladie sont les mêmes que dans les autres parties du corps. Les parois du foyer de ces abcès sont formées en bas par la peau, en devant par les muscles grand et petit pectoral, en arrière par le sous-scapulaire, et en dedans par le muscle grand dentelé. Lorsque l'abcès est petit, la peau seule est soulevée, et le pus n'agissant pas sur les muscles, ils n'éprouvent aucun déplacement; mais lorsque l'abcès est considérable, les muscles et surtout le grand pectoral sont comprimés, déplacés, et contribuent avec la peau, à former le foyer de l'abcès. Dans ces cas, si la marche de l'inflammation est

rapide, l'abcès est formé, et bon à ouvrir avant que le tissu cellulaire et les vaisseaux qui unissent les muscles pectoraux et sous-scapulaire aux parties sous-jacentes aient été détruits par la suppuration; en sorte qu'après l'ouverture de l'abcès, les parties qui avaient été écartées les unes des autres se rapprochent et ne tardent pas à se réunir. Mais lorsque la marche de l'inflammation est lente, et que la suppuration est longtemps à se former, comme dans les abcès froids, le tissu cellulaire intermusculaire est non-seulement distendu, mais encore détruit par la suppuration, de manière que ces parties qui forment les parois du foyer, quoique rapprochées les unes des autres, ne se touchant pas immédiatement quand l'abcès est ouvert, ont de la peine à se réunir. C'est pourquoi ces sortes d'abcès sont très-longtemps à guérir, et laissent même quelquefois des fistules incurables, ou qui ne guérissent, lorsque les malades sont très-maigres, qu'autant qu'ils prennent de l'embonpoint.

Les abcès de l'aisselle doivent être ouverts aussitôt que la fluctuation commence à s'y faire sentir. Il faut cependant excepter de cette règle certains abcès qui succèdent à un engorgement dur, tuberculeux, dans lesquels les symptômes inflammatoires sont peu marqués, et qui ne s'amollissent que très-lentement. Si l'on ouvrait trop tôt ces abcès, il resterait un noyau d'engorgement qui serait comme le germe d'un nouvel abcès. Toutefois, pour déterminer l'époque à laquelle il convient d'ouvrir ces sortes de dépôts, il faut avoir égard à l'état des téguments: si la peau s'amincit dans toute l'étendue de la tumeur, si elle prend une teinte brunâtre, on doit se hâter de faire l'ouverture de l'abcès, sans quoi la peau s'altérerait au point que sa réunion avec les parties sous-jacentes deviendrait impossible, et que, pour prévenir une fistule cutanée, on serait obligé de retrancher toute la portion de peau altérée.

L'instrument tranchant est presque le seul moyen dont on se serve pour ouvrir les abcès de l'aisselle. L'incision doit être longitudinale, d'une longueur proportionnée au volume de l'abcès, et s'étendre jusqu'à l'endroit le plus déclive du foyer. Lorsque l'abcès est ouvert, un objet essentiel dans le traitement, c'est d'engager le malade à tenir le bras contre le corps, et de lui recommander de ne l'en écarter que le moins possible. Pour concevoir l'utilité de ce précepte, il suffit de faire attention à ce qui arrive au muscle grand pectoral lorsque le bras est écarté du corps et élevé. Dans ce mouvement, le muscle

s'éloigne des parties sous-jacentes et il s'en rapproche dans le mouvement opposé : or, si à chaque pansement ou dans d'autres circonstances, le malade élève le bras, ce mouvement est capable de détruire les adhérences que les parois du foyer avaient déjà contractées entre elles, et par conséquent de retarder la guérison : si, au contraire, le bras reste fixé contre le corps, et si à chaque pansement le malade ne l'en écarte que pour permettre au chirurgien de glisser entre ces parties de la charpie, des compresses et quelques tours de bande, rien ne s'opposera à la réunion des parois du foyer, et la guérison sera prompte. Il est bon de remarquer cependant que cette attention de tenir le bras constamment appliqué contre le corps n'est réellement bien importante que dans les grands abcès, où, comme nous l'avons dit plus haut, les muscles qui circonscrivent le creux de l'aisselle sont fort écartés les uns des autres par la présence du pus. Mais dans ces grands abcès, cette précaution a des avantages dont il est impossible de douter : j'ai eu beaucoup d'occasions de les observer, entre autres sur un jeune étudiant en chirurgie, qui dirigeait les dissections de mon amphithéâtre. Ce jeune homme se piqua le doigt du milieu de la main gauche avec un scalpel qui avait servi à la dissection d'un cadavre dont la putréfaction commençait à s'emparer. La piqûre elle-même ne fut accompagnée que d'une légère inflammation et ne tarda pas à être guérie; mais il survint bientôt dans l'aisselle un engorgement inflammatoire très-grand qui se termina promptement par un abcès énorme que j'ouvris en long à la partie inférieure, dans l'étendue d'un pouce et demi. Le malade, convaincu par ses connaissances en anatomie de la nécessité de tenir le bras appliqué contre le corps pour obtenir une prompte guérison, se conforma rigoureusement à ce précepte; à peine osait-il écarter un peu le bras du corps pendant le pansement, et comme il craignait de mouvoir ce membre dans le jour par inadvertance, et la nuit pendant le sommeil, il le faisait fixer contre le corps par quelques tours de bande : il fut complètement guéri en dix ou douze jours.

Comme nous l'avons dit plus haut, les grands abcès de l'aisselle qui succèdent lentement à un engorgement qui offre à peine des marques d'inflammation, et dans lesquels le tissu cellulaire est détruit par la suppuration, laissent quelquefois une fistule qui, dans certains cas, après avoir résisté à tous les secours de l'art, guérit spontanément, si le malade prend de l'embonpoint. Cette fistule dépend bien moins de

ce que ses parois manquent des conditions nécessaires pour leur agglutination, que de la disposition anatomique des parties qui empêche ces parois de se toucher. Ce cas est assez rare : j'en ai vu un exemple très-remarquable. Un jeune homme âgé de dix-neuf à vingt ans, d'une constitution lymphatique, sans être décidément scrofuleux, fut attaqué d'un engorgement lymphatique dans le creux de l'aisselle. Cet engorgement, sur lequel on appliqua les topiques les plus propres à favoriser la suppuration, se convertit dans l'espace de sept à huit mois en un grand abcès dont on fit l'ouverture avec le bistouri. Malgré tous les efforts de l'art, cette ouverture dégénéra en fistule, et il y avait plus d'un an que cette fistule existait, lorsque le malade, qui habitait le département de la Sarthe, vint à Paris. Il se confia à mes soins. Un gros stylet introduit dans la fistule pénétra, en haut et en devant, derrière le muscle grand pectoral, à la profondeur d'un pouce et demi, et par le trajet que je pouvais faire parcourir à l'extrémité du stylet en le portant de devant en arrière et de derrière en devant, je jugeai que la largeur du fond de la fistule était d'environ un pouce. Je pensai que pour guérir cette fistule, il suffirait d'en agrandir largement l'ouverture avec l'instrument tranchant, d'exciter l'inflammation de ses parois, et de les maintenir appliquées l'une contre l'autre au moyen d'un bandage compressif propre à pousser le muscle grand pectoral en arrière, et les muscles grand dorsal et grand rond en devant : j'agis en conséquence. J'employai des remèdes capables d'irriter les parois de la fistule; je comprimai; mais malgré tous mes efforts, au bout de quatre mois, la fistule n'était point guérie; seulement elle avait moins de profondeur et de largeur. Le malade étant très-maigre, je compris pour lors qu'il ne pourrait guérir qu'autant qu'il reprendrait de l'embonpoint; que le tissu cellulaire émacié, affaissé, venant à se remplir de sucs, occuperait un plus grand espace, en sorte que les parois de la fistule seraient appliquées l'une contre l'autre. Je fis part de mon opinion au malade, et je l'engageai à retourner dans sa famille, à faire usage d'une nourriture succulente, à se livrer à un exercice modéré, à oublier, pour ainsi dire, son mal, en un mot, à employer tous les moyens propres à favoriser le retour de l'embonpoint. Il suivit mes conseils, et six mois après il était complètement guéri. Au bout d'un an il revint à Paris, et je pus m'assurer de la réalité de la guérison : elle était parfaite; seulement le bras et

l'épaule avaient moins de volume que le bras et l'épaule du côté opposé.

§ 2. — Des abcès du tissu cellulaire de la plèvre.

Le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux devient quelquefois le siège d'un engorgement inflammatoire dont la terminaison par suppuration donne lieu à un abcès qui a son siège entre la plèvre qui forme la paroi interne du foyer purulent, et les muscles intercostaux et les côtes qui en forment la paroi externe. L'engorgement auquel cet abcès succède est produit quelquefois par une cause externe, comme une contusion, une plaie; mais le plus ordinairement il dépend d'un vice interne, tel que le rhumatismal, le scrofuleux, le vénérien. Quelle que soit la cause de cet engorgement, sa marche est tantôt aiguë, rapide, et tantôt lente et chronique. Dans le premier cas, le malade éprouve, dans l'endroit où l'abcès doit se former, une douleur vive, profonde, accompagnée de fièvre, de gêne dans la respiration et d'une toux sèche. Ces symptômes se soutiennent au même degré pendant plusieurs jours; ensuite ils diminuent, et le malade éprouve des frissons irréguliers. Bientôt il se manifeste à l'extérieur, dans l'endroit qui a été constamment le siège de la douleur, un engorgement pâteux qui augmente de jour en jour, et dans lequel la fluctuation ne tarde pas à se faire sentir. Dans le second, qui est le plus ordinaire, c'est-à-dire lorsque l'engorgement auquel l'abcès succède a une marche lente et chronique, quelquefois avant la manifestation de la maladie à l'extérieur, le malade n'éprouve aucun symptôme qui puisse faire soupçonner la formation d'un abcès. Mais le plus souvent le malade a de la toux, de l'oppression, de la gêne dans la poitrine, et ressent continuellement ou par intervalles une douleur sourde dans un point de cette cavité. Au bout d'un temps plus ou moins long, il se manifeste dans ce point, entre deux côtes, une légère tumeur indolente, pâteuse et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur fait des progrès continuels, mais fort lents; elle s'amollit par degrés, et la fluctuation y devient manifeste. Le pus de ces sortes d'abcès, ayant son siège primitif sur la face externe de la plèvre, rend cette membrane plus consistante et plus épaisse, la pousse en dedans, et la détache peu à peu des muscles intercostaux et des côtes. La tu-

meur que le foyer purulent forme dans l'intérieur de la poitrine doit comprimer le poumon et nuire à l'exercice de ses fonctions; mais il est très-rare qu'elle devienne assez grande pour gêner beaucoup la respiration. En effet, comme la nature tend toujours à porter le pus vers l'extérieur du corps, avant qu'il s'en soit amassé une grande quantité entre la plèvre et les muscles intercostaux, ce liquide se fraye une route à travers les muscles, et vient former une tumeur à l'extérieur de la poitrine.

Abandonnés à la nature, les abcès dont il s'agit suivent, en général, la marche de ceux qu'on nomme froids; la tumeur augmente de volume, s'amollit, la fluctuation y devient très-sensible; la peau qui en couvre le sommet s'amincit, rougit, et s'ouvre spontanément; le pus, dont les qualités sont très-variables, s'écoule, les parois du foyer se rapprochent; mais l'ouverture reste presque toujours fistuleuse. Quelquefois aussi, lorsque ces abcès sont abandonnés à la nature, ou qu'on tarde trop à les ouvrir, la plèvre s'ulcère, s'ouvre, et le pus s'épanche dans la poitrine. Plusieurs observations prouvent la possibilité de cet événement; mais on conçoit qu'il doit être fort rare, à cause de l'épaisseur et de la consistance que cette maladie donne à la plèvre. Aussi ne trouve-t-on dans les auteurs qu'un petit nombre d'observations bien authentiques d'abcès sur la surface externe de la plèvre qui se sont ouverts dans la poitrine, et ont donné lieu à un épanchement de pus sur le diaphragme; encore même la plupart de ces observations sont-elles dépourvues de détails qui auraient pu les rendre plus intéressantes. A l'ouverture de ces abcès, on trouve quelquefois une ou plusieurs côtes cariées. On attribue cette lésion des côtes au trop long séjour du pus, et à son action sur le périoste; mais il est plus probable qu'alors les côtes ont été primitivement affectées, et que leur carie a été la cause et non l'effet de la suppuration.

Le diagnostic des abcès dans le tissu cellulaire de la plèvre ne présente aucune difficulté, lorsque la tumeur avec fluctuation, sans changement de couleur à la peau, a été précédée de tous les symptômes d'une inflammation aiguë. Mais lorsque l'abcès succède à une inflammation chronique, il est souvent difficile de le distinguer d'un abcès froid ordinaire, ayant son siège à l'extérieur de la poitrine. Ce n'est guère qu'après l'ouverture de la tumeur, et par les phénomènes qui la suivent, qu'on peut bien connaître le siège primitif du mal. Lorsque l'abcès de la plèvre est situé sur la région du cœur,

la tumeur présente quelquefois des battements qui pourraient la faire prendre pour un anévrysme. M. Pelletan (1) en cite un exemple; j'en ai vu moi-même un semblable. Dans ce cas, quoiqu'on puisse, eu égard aux circonstances commémoratives, et en considérant attentivement tous les phénomènes de la maladie, en reconnaître la nature, la prudence exige néanmoins que l'on abandonne l'ouverture de la tumeur à la nature.

Lorsque ces abcès commencent à se manifester à l'extérieur, on les couvre d'un cataplasme ou d'un emplâtre maturatif; mais aussitôt que l'existence et le foyer du pus sont bien reconnus, on doit se hâter de lui donner issue. Si l'on tardait trop, on exposerait la plèvre à s'ouvrir, et le pus s'épancherait dans la poitrine. Dans le cas même où cet événement fâcheux n'aurait pas lieu, il serait à craindre, en différant trop l'ouverture de la tumeur, que le foyer ne s'agrandît et que le recollement de ses parois ne devint plus long et plus difficile. Si l'abcès est la suite d'une inflammation aiguë, on se servira de l'instrument tranchant pour l'ouvrir: on fera une incision d'une étendue convenable dans l'intervalle des deux côtes, parallèlement à leur direction, en ayant soin de s'éloigner du bord inférieur de la côte supérieure, afin de ne pas blesser l'artère intercostale. Lorsque l'abcès est la suite d'une inflammation chronique, on peut l'ouvrir indifféremment avec le bistouri ou avec la pierre à cautère. Si l'on se sert du bistouri, on plonge l'instrument dans le centre de la tumeur, et en le retirant on agrandit suffisamment l'ouverture. On doit prendre garde toutefois de lui donner trop d'étendue, parce que l'accès trop facile de l'air dans le foyer de ces abcès, comme dans celui des abcès froids ordinaires, a de grands inconvénients. En général, il vaut mieux ne faire qu'une petite ouverture, sauf à l'agrandir par la suite, si le pus ne sort pas facilement. Lorsqu'on se sert de la pierre à cautère, on en place un morceau sur le milieu de la tumeur, absolument de la même manière que pour ouvrir un exutoire, et le lendemain on plonge dans l'eschare un bistouri qu'on fait pénétrer jusqu'au foyer du pus qui s'écoule aussitôt. Il est extrêmement rare, comme nous l'avons dit précédemment, que le foyer intérieur soit assez considérable pour comprimer le poumon et gêner la respiration. Mais lorsque cela a lieu, la respiration devient libre à mesure que le foyer se vide.

(1) *Clinique chirurg.*, t. III, p. 254.

Un objet très-important après l'ouverture de l'abcès, c'est d'empêcher le séjour du pus dans le foyer, en y faisant des injections avec de l'eau d'orge et du miel rosat, et en donnant au malade une position favorable à sa sortie. On pansera la plaie à plat avec un emplâtre d'onguent de la mère, ou avec un plumasseau enduit de cérat. Cependant si elle a de la tendance à se fermer trop tôt, on l'entretiendra ouverte au moyen d'un bourdonnet mince ou d'une bandelette effilée et enduite d'un digestif simple, jusqu'à ce qu'on juge par la diminution de la suppuration et par la bonne nature du pus, que les parois du foyer sont recollées. Dans le traitement de ces sortes d'abcès, il ne faut pas perdre de vue qu'ils dépendent presque toujours d'un vice interne qui doit être attaqué par un régime et par des médicaments internes appropriés à sa nature.

Malgré les soins les plus assidus et les plus méthodiques, il arrive presque toujours que la guérison se fait attendre longtemps, et que souvent même la plaie devient fistuleuse. La carie des côtes, la grande étendue du foyer intérieur, l'état fongueux de ses parois, l'impossibilité d'en mettre le fond à découvert et d'y appliquer les remèdes propres à exciter l'inflammation et le développement des bourgeons charnus, la situation trop haute de l'ouverture, sont autant de causes qui rendent la guérison de ces abcès difficile, et qui font dégénérer la plaie en fistule.

Lorsque la carie d'une ou de plusieurs côtes a rendu la plaie fistuleuse, c'est la carie qu'il faut détruire pour guérir la fistule. (Voy. t. III, art. 20, § 4, p. 471.) Quand celle-ci dépend de ce que l'ouverture est beaucoup plus élevée que le fond, on doit, si le foyer a beaucoup de largeur, pratiquer une contre-ouverture dans l'endroit le plus déclive. Dans tous les autres cas, il faut abandonner la fistule à la nature, dont on seconde les efforts par le moyen des injections détersives légèrement stimulantes, et des douches d'eau minérales sulfureuses. J'ai employé plusieurs fois ces moyens avec succès. Il arrive fréquemment qu'après avoir subsisté pendant longtemps, la fistule se ferme spontanément, et cela a lieu surtout lorsque le malade, étant devenu très-maigre par l'effet de la maladie, reprend de l'embonpoint, et aussi lorsqu'on est parvenu, au moyen du régime et des remèdes convenables, à détruire le vice interne qui avait causé le mal.

§ 3. — Des abcès qui se forment entre la plèvre et les poumons devenus adhérents.

Ces abcès peuvent se former dans tous les points de la poitrine; mais ils se montrent le plus ordinairement à la partie antérieure des dernières vraies côtes, sous les mamelles ou près des clavicules; ils sont plus fréquents chez les jeunes gens que chez les adultes.

Ils sont la suite de la pleurésie ou plutôt de la pleuro-péritonéumonie, et se placent entre la plèvre et le poumon devenus adhérents par l'effet de la phlegmasie. On a lieu de craindre la suppuration dans la pleuro-péritonéumonie, lorsque les signes de coction et de résolution ne se manifestent pas dans le cours des deux premiers septénaires, et lorsqu'on sait d'ailleurs que le traitement convenable a été négligé. Une diminution très-marquée dans la violence des symptômes inflammatoires, des frissons vagues, dont le retour n'est assujéti à aucune période, des accès de fièvre irréguliers qui simulent une fièvre intermittente, le plus souvent quotidienne et quelquefois tierce, sont autant de phénomènes qui annoncent que la suppuration s'établit. A mesure que le pus se forme, il rompt les adhérences de la plèvre avec le poumon, comprime et pousse ce viscère en dedans, et se creuse ainsi un foyer qui est tapissé par la plèvre dont l'épaisseur et la consistance ont considérablement augmenté. La circonférence de ce foyer est limitée par les adhérences de la plèvre costale avec la plèvre pulmonaire. La quantité du pus augmentant continuellement, ce liquide finit presque toujours par se frayer une voie au moyen de laquelle il s'échappe en totalité ou en partie de l'espèce de kyste dans lequel il est renfermé. Tantôt les adhérences du poumon avec la plèvre se séparent en quelques endroits, et le pus s'épanche dans la cavité de la poitrine, sur le diaphragme. Alors, ce qui était abcès circonscrit devient un véritable empyème. D'autres fois le pus pénètre dans le poumon par une ulcération de la substance de ce viscère, et est rendu par l'expectoration; mais le plus ordinairement il se fraye une route au travers de la plèvre et des muscles intercostaux, et se porte vers l'extérieur. C'est toujours dans l'endroit qui a été le siège de l'inflammation et de la douleur que sa présence se manifeste. Il paraît dans cet endroit une légère tumeur bornée entre deux côtes, molle, pâteuse, sans changement de couleur à la peau, tantôt indo-

lente, tantôt douloureuse, et dans laquelle on sent une fluctuation profonde. Quelquefois au lieu d'une tumeur, c'est un engorgement œdémateux et pâteux, plus ou moins étendu, sans altération dans la couleur de la peau, et plus douloureux dans un point fixe quand on le presse, que dans le reste. L'époque à laquelle cet engorgement œdémateux ou cette tumeur se manifeste est variable: on la voit paraître quelquefois le vingtième ou le trentième jour de la maladie; mais le plus souvent elle ne se montre que plusieurs mois après le début de la pleurésie. On favorise son développement par l'application des émollients et des maturatifs; et aussitôt qu'on a des indices suffisants de l'existence du pus, on lui donne issue en faisant une incision entre les deux côtes où la fluctuation se fait sentir, parallèlement à leur longueur. Cette incision, que l'on a qualifiée du nom d'*opération de l'empyème dans le lieu de nécessité*, parce que ce lieu est visiblement indiqué par la tumeur, doit être faite de bonne heure: lorsqu'on temporise trop, et que la quantité de pus est considérable, quelquefois le poumon se détache de la plèvre costale dans un point de la circonférence du foyer, et le pus s'épanche sur le diaphragme. La quantité de matière contenue dans ces abcès est quelquefois si grande, et après sa sortie le vide ou le foyer purulent est si considérable, qu'on a pensé que le pus provenait d'un épanchement sur le diaphragme; et lorsque la terminaison de la maladie a été heureuse, on a cru avoir guéri un véritable empyème, pendant qu'il n'existait qu'un abcès circonscrit entre la plèvre et le poumon.

Lorsque les forces du malade sont encore entières, que le poumon est sain, quoique réduit à un très-petit volume par la compression que le pus a exercée sur lui, et que l'opération a été pratiquée de bonne heure, la maladie peut se terminer heureusement. Alors le poumon se développe peu à peu et prend la place qui était occupée par le pus; la paroi de la poitrine s'affaisse, celles du foyer se détergent, se couvrent de bourgeons charnus, deviennent adhérentes entre elles, et le foyer s'efface entièrement. Dans des circonstances contraires, l'évacuation du pus ne produit qu'un soulagement momentané; la suppuration continue à être abondante, le pus s'altère, devient fétide, et sa résorption produit la fièvre lente, le marasme, le dévoiement colliquatif et la mort. Cependant on a des exemples authentiques de malades qui sont guéris après l'ouverture de la tumeur, quoique le pus se fût frayé une route vers les bronches par l'ulcération de la