

mois auparavant. Depuis ce temps, des frissons irréguliers, accompagnés quelquefois de fièvre et d'une toux fort sèche, l'avaient incommodé par intervalles. Il parut au côté gauche du cou, au-dessus du sternum, une tumeur rouge, douloureuse et fluctuante. On en fit l'ouverture, et l'on vit qu'on avait incisé le sommet d'un abcès dont le fond était inférieurement dans la poitrine, derrière le sternum. Une situation convenable favorisait la sortie du pus d'un pansement à l'autre, et lorsqu'on renouvelait l'appareil, on obtenait le même résultat en invitant le malade à tousser ou à souffler. Par ces attentions, l'état du malade fut bientôt meilleur; la fièvre diminua; l'expectoration devint facile vers le quatrième ou cinquième jour. On crut les crachats purulents; l'humour qui les formait était semblable en couleur, en consistance et en odeur à la matière de la suppuration: enfin le malade sortit de l'hôpital cinquante jours après l'ouverture de l'abcès.

Mais lorsque le pus s'écoule difficilement, et que sa rétention dans le foyer donne lieu à des accidents, on ne peut les faire cesser qu'en trépanant le sternum vis-à-vis du fond du foyer. Entre plusieurs observations qui démontrent la nécessité de cette opération, nous choisirons la suivante, prise encore dans le mémoire de La Martinière. Un homme de vingt-six ans portait à la partie antérieure du cou, immédiatement au-dessus du sternum, une tumeur stéatomateuse assez grosse et qui ne ressemblait pas mal à un goître. Après plusieurs remèdes extérieurs dont on usa pour tâcher d'échauffer cette tumeur, on y sentit de la fluctuation et on l'ouvrit. Il en sortit une matière indigeste, telle que la fournissent ordinairement ces sortes de tumeurs. La suppuration ayant fait dégorger les parois du foyer, elles se rapprochèrent. On croyait marcher à la guérison, mais on s'aperçut que quand cet homme toussait il sortait de dessous le sternum de la matière purulente, et quand il était debout il souffrait d'une oppression assez considérable, causée par la matière retenue dans le bas-fond de l'abcès, caché sous le sternum. On prit le parti de faire garder au malade la situation horizontale dans le lit, et pour la détersion du sac on fit des injections que l'on continua assez longtemps sans succès. Il ne restait que la contre-ouverture à tenter, et elle ne pouvait se faire que par la térébration du sternum à la partie déclive du foyer, endroit où le malade sentait la plus forte gêne lorsqu'il était debout. Une seule couronne de trépan procura au pus une libre issue; la plaie supérieure se cicatrisa promptement. La détersion du fond de l'abcès ne

tarda pas à se faire, et la guérison s'acheva en moins de deux mois. Cet homme portait au milieu du sternum une cicatrice très-ferme, un peu enfoncée, adhérente à la circonférence du trou de l'os et aux parties sous-jacentes.

Il est facile de voir par ce qui précède, que le succès du traitement des abcès dont il s'agit dépend de la sortie libre du pus, et que, pour faciliter cette sortie et vider complètement le foyer placé derrière le sternum, on est presque toujours obligé de trépaner cet os. Mais lorsque l'abcès dépend d'un vice intérieur, on doit faire concourir avec cette opération un régime et des médicaments internes appropriés à la nature de ce vice. Malgré les secours les mieux entendus et les soins les plus assidus, l'ouverture reste souvent fistuleuse. Si cette fistule rend peu de pus et n'est accompagnée d'aucun accident, on doit l'abandonner à la nature, et se contenter de maintenir l'orifice ouvert avec un corps dilatant, afin de procurer un écoulement au pus. On prescrit au malade un régime convenable.

#### § 5. — De l'empyème.

On donne le nom d'*empyème* à un épanchement de pus dans la poitrine. Il ne faut pas confondre cet épanchement, qui a lieu sur le diaphragme entre le poumon et la plèvre dont la surface est libre, avec une collection de pus, formée, comme nous l'avons dit précédemment, entre ces mêmes parties devenues adhérentes par suite d'une pleuro-péripneumonie, et qui est limitée dans les adhérences même. Cette collection de pus contenue dans une cavité formée accidentellement, comme celle de tous les abcès, a été nommée par quelques-uns empyème enkysté, vomique de la plèvre. Nous en avons parlé en traitant des abcès intérieurs de la poitrine. L'empyème occupe rarement les deux cavités thorachiques: presque toujours il est borné à une seule. Tantôt il se forme avec rapidité, devient très-considérable dans un court espace de temps et cause promptement la mort, tantôt il se forme lentement et peut durer longtemps, surtout lorsque le poumon n'est pas profondément affecté.

L'empyème succède quelquefois à une plaie pénétrante de la poitrine; d'autres fois il dépend de la rupture d'une ou de plusieurs vomiques; dans quelques cas il est la suite de la suppuration du foie; mais le plus souvent il est le résultat d'une pleurésie.

Soit que l'abcès auquel on donne le nom de vomique occupe la substance même du poumon, comme on l'a cru jusqu'à ces derniers temps, soit qu'il ait son siège entre la plèvre et le poumon, et qu'il soit circonscrit par l'adhérence de ces parties, comme on le pense assez généralement aujourd'hui, le pus qu'il renferme, et dont la quantité augmente journellement, peut se faire jour du côté des bronches ou du côté de la poitrine. Dans le premier cas il sort par la bouche, et dans le second il s'épanche sur le diaphragme. Lorsque l'abcès s'ouvre dans les bronches, si la communication avec ces conduits est très-grande, et qu'il s'échappe du foyer une grande quantité de pus à la fois, le malade court le risque d'être suffoqué; il peut au contraire guérir si cette ouverture de communication est médiocre, et si le pus ne sort que peu à peu. Quand l'abcès s'ouvre du côté de la poitrine et que le pus s'épanche sur le diaphragme, la vomique se convertit en empyème, et la matière purulente ne peut sortir de la poitrine qu'à la faveur d'une ouverture pratiquée par l'art, et que dans quelques cas la nature fait elle-même.

L'empyème succède donc quelquefois à la vomique; mais ce cas est rare. Il est plus rare encore que le pus qui s'épanche dans la poitrine soit fourni par un abcès du foie; cependant on en trouve quelques exemples dans les auteurs, et l'on voit que dans tous ces cas les malades sont morts, et qu'on n'a connu la véritable source du pus qu'à l'ouverture des corps. On lit dans le *Journal de médecine*, t. xxxviii, p. 47, qu'à l'examen anatomique d'un individu qui avait un abcès au foie, dont on n'avait pas osé faire l'ouverture, on vit que l'abcès s'était fait jour dans la poitrine peu avant la mort du malade. Cette personne portait cet abcès depuis plus d'un an sans en être beaucoup incommodée. On trouva neuf pintes de pus, et la substance du foie entièrement détruite; les membranes de ce viscère formaient un sac semblable à du parchemin. Morgagni (epist. xxx, art. 4) cite un fait semblable, et ce fait est rapporté avec une précision qui ne permet aucun doute. Il s'agit d'une femme de soixante ans, qui se plaignait depuis longtemps d'une douleur au-dessus de la région ombilicale; elle avait de l'altération, de la toux, et elle crachait une matière catarrhale. En dernier lieu, la respiration fut difficile, le ventre se tuméfia, les pieds devinrent œdémateux; enfin la douleur cessa un peu de se faire sentir et la malade mourut. A l'ouverture du corps on trouva dans le foie, vers sa face supérieure, la cavité d'un abcès qui occupait un tiers

de l'étendue de cet organe. Le diaphragme était percé par érosion; la matière de l'abcès s'était portée dans la poitrine, et en remplissait tout le côté droit. Le poumon était sain.

La pleurésie, et notamment la pleurésie chronique, est la cause la plus ordinaire de l'empyème. Dans cette phlegmasie, si la résolution n'a pas lieu, il suinte de la surface de la plèvre un liquide séro-albumineux, dont les qualités varient beaucoup à raison du degré de l'inflammation. Semblable à du petit-lait trouble et contenant des flocons albumineux lorsque l'inflammation est légère, ce liquide est puriforme et quelquefois même purulent lorsque sa formation est le résultat d'une inflammation intense. Au reste, les qualités de cette matière sont tellement modifiées par son séjour dans la poitrine, ou par d'autres circonstances difficiles à apprécier, qu'on trouve à peine deux cas dans lesquels elles soient parfaitement semblables.

A l'ouverture du corps de personnes mortes d'un empyème survenu à la suite d'une pleurésie, il s'écoule de la poitrine une plus ou moins grande quantité de ce liquide: lorsqu'il est sorti, on remarque un vide qui porterait à croire au premier coup d'œil que le poumon n'existe plus, et qu'il a été détruit par la suppuration. Mais, en examinant cet organe attentivement, on voit que, refoulé, comprimé contre le médiastin, et réduit à un petit volume, il existe cependant tout entier. Dans cet état du poumon, il est d'autant plus aisé de se méprendre, et de croire qu'il a été entièrement ou presque entièrement détruit par la suppuration, que sa surface est couverte d'une fausse membrane formée par l'albumine épaissie, et que ce n'est qu'après avoir enlevé cette fausse membrane qu'on aperçoit la substance du poumon, qui ordinairement est saine. La plèvre costale, dont l'épaisseur est augmentée aussi, se trouve de même couverte d'une fausse membrane dont la couleur, l'épaisseur, et le degré d'adhérence avec la plèvre présentent beaucoup de variétés.

L'empyème étant la suite d'une pleurésie, d'une péripneumonie, ou d'une autre phlegmasie de la poitrine, les symptômes qui le caractérisent sont toujours précédés par ceux de la maladie dont l'épanchement de pus sur le diaphragme est le résultat. Ainsi, pour établir le diagnostic de l'empyème, il faut d'abord avoir égard à ce qui a précédé: si le malade a essuyé une pleurésie ou une péripneumonie qui ne s'est pas terminée dans les quinze premiers jours par une crise, soit que cette crise se soit faite par les crachats, les urines, les selles

ou les sueurs; si, après un amendement de courte durée dans la violence des symptômes inflammatoires, le malade a éprouvé de fréquentes horripilations, et ensuite une fièvre lente continue augmentant chaque nuit; si, dis-je, toutes ces circonstances ont précédé, on peut croire que la maladie inflammatoire s'est terminée par suppuration, et que les symptômes que le malade éprouve actuellement dépendent de l'épanchement du pus dans la poitrine. Parmi ces symptômes, les uns dépendent de l'action mécanique du pus sur les poumons, le cœur et les parois de la poitrine, et sont communs à l'empyème et aux autres épanchements dans le thorax; les autres proviennent de l'influence que l'ulcération des parties et la suppuration exercent sur le système de l'économie animale et sont propres à l'empyème. Voici les symptômes communs.

La respiration est difficile, courte et fréquente; le malade est oppressé; il a de l'étouffement et il éprouve un sentiment de pesanteur sur le diaphragme. Il ne peut se mouvoir quelques instants sans perdre haleine et sans être menacé de tomber en syncope; il a une toux presque continuelle et très-fatigante, tantôt sèche, tantôt accompagnée d'expectoration: s'il se couche horizontalement, il éprouve bientôt une gêne dans la respiration et une anxiété qui le forcent à quitter cette position et à en prendre une dans laquelle la tête et les épaules sont élevées, quelquefois même à se tenir assis, le corps légèrement incliné en avant. Lorsque l'épanchement n'occupe qu'un des côtés de la poitrine, le malade ne peut rester couché que sur le côté même de l'épanchement, et s'il se couche sur le côté opposé, il éprouve un embarras dans la respiration et une anxiété qui le contraignent à changer de position: mais lorsque l'épanchement a lieu dans les deux plèvres, le malade, éprouvant une gêne égale à se coucher sur l'un comme sur l'autre côté, se met alors sur le dos, la tête très-élevée: cette situation est celle dans laquelle il se trouve le moins mal. Le cœur est déplacé et ses battements se font sentir dans un point différent de celui où ils ont lieu naturellement. Dans un cas d'épanchement considérable au côté gauche de la poitrine dont nous parlerons, le déplacement du cœur était tel que les pulsations se faisaient sentir au côté droit, près de l'aisselle. Quelquefois, mais rarement, lorsque les malades se meuvent dans leur lit ou qu'ils marchent, ils sentent la fluctuation du liquide, et les assistants même entendent le bruit, le gargouillement qu'elle excite. Le côté de la

poitrine où se trouve l'épanchement est plus ample et plus élevé que l'autre: cette différence est surtout très-remarquable lorsqu'on examine avec attention la partie postérieure de la poitrine; elle est moins sensible si l'on se contente d'en observer la partie antérieure. La courbure des côtes est augmentée; ces os sont élevés, et l'angle qu'ils forment avec la colonne vertébrale approche davantage d'un angle droit; les espaces intercostaux sont élargis, et lorsque l'épanchement est considérable, ces espaces, au lieu d'offrir des enfoncements, comme on l'observe chez les sujets bien portants qui ont peu d'embonpoint, forment au contraire une saillie qui dépasse quelquefois le niveau des côtes. La pression que le liquide épanché exerce sur le diaphragme, pousse en bas les viscères du bas-ventre, ce qui rend l'abdomen plus saillant et particulièrement l'hypochondre correspondant au côté de l'épanchement. Si l'on frappe la poitrine à coups secs et redoublés avec l'extrémité des doigts, elle fait entendre un bruit sourd qui diffère de celui que produit la percussion lorsque la poitrine est dans son état naturel. Ce phénomène, auquel on a attaché une si grande importance dans ces derniers temps, étant commun aux épanchements dans la poitrine et à plusieurs autres maladies, ne peut servir à caractériser l'empyème qu'autant qu'il se trouve réuni à la plupart des autres symptômes de cette affection. Au reste, pour tirer tout le parti possible de la percussion, il faut y être très-exercé, l'employer à plusieurs reprises, le malade étant dans diverses situations. Enfin, l'auscultation ajoute à ces signes l'absence du bruit ou murmure de la respiration.

Les symptômes propres à l'empyème sont à peu près les mêmes que ceux qui accompagnent toutes les grandes suppurations intérieures. Ces symptômes sont les suivants: la fièvre qui accompagne la phlegmasie de la poitrine dont la suppuration donne lieu à l'empyème diminue lorsque le pus est formé, mais ne cesse pas entièrement; elle se convertit bientôt en une fièvre lente continue, accompagnée de rougeur des joues, de chaleur dans la paume des mains, et qui augmente le soir et après les repas. Cette fièvre, qui est entretenue et augmentée par la résorption continuelle du pus, ne tarde pas à être suivie d'un grand nombre d'autres accidents qui annoncent la gravité de la maladie et le danger imminent où le malade se trouve. Les parties supérieures du corps sont couvertes de sueur pendant la nuit; le malade est tourmenté par une soif inextinguible; il perd en-

tièrement l'appétit; sa faiblesse est extrême; il a des lipothymies fréquentes; le dévoiement colliquatif survient; le malade tombe dans la consommation; les ongles se recourbent, deviennent luisants et prennent la couleur jaune qui s'observe déjà sur toute l'habitude du corps. A mesure que la consommation fait des progrès et que la graisse se dissipe, la figure s'altère au point que le malade devient méconnaissable. On dit alors qu'il a la figure hippocratique, parce que le père de la médecine l'a peinte avec une grande vérité dans ses pronostics. Il la décrit ainsi: *Le nez pointu, les yeux caves, les tempes affaissées, les oreilles froides, retirées et renversées par le bout, la peau dure vers le front, tendue, aride; la couleur de la face pâle, noire ou même plombée.* Cet état de la face, auquel se joignent souvent la dilatation des pupilles et l'extrême affaiblissement de la vue, annonce une mort prochaine.

Lorsque tous les symptômes, ou la plupart des symptômes que nous avons rapportés existent, le diagnostic de l'empyème ne présente aucune difficulté. Mais il est très-rare que tous ces symptômes se trouvent réunis; le plus ordinairement il en manque un plus ou moins grand nombre, et quelquefois même il n'en existe presque aucun. Alors le diagnostic est très-difficile et souvent même impossible. Aussi a-t-on beaucoup d'exemples d'empyèmes qui n'ont été reconnus qu'après la mort, à l'ouverture des corps, et dont on n'avait pas même soupçonné l'existence pendant la vie. Panarole a ouvert un homme dont le poumon gauche lui parut détruit, en conséquence d'un amas considérable de pus qui s'était formé dans la poitrine. Quoique cet homme eût été malade pendant deux mois, il n'avait point éprouvé de difficulté à respirer, et la toux dont il était affecté était légère. Le Dran rapporte un cas semblable dans son *Recueil d'observations*.— On apporta à la Charité un malade à qui l'on avait ouvert deux jours auparavant, un abcès profond sous l'angle de l'os maxillaire du côté droit. Le troisième jour, la suppuration se supprima, le malade eut du frisson et éprouva une douleur vive au côté gauche de la poitrine avec oppression considérable. Les grands accidents, ou plutôt les signes qui marquaient que la suppuration se faisait, durèrent trois jours, après quoi le malade parut infiniment mieux. La seule chose dont il se plaignait était de sentir un flot dans la poitrine lorsqu'il se remuait, et d'éprouver de l'oppression lorsqu'il était assis. Il se couchait également des deux côtés, et n'avait d'autre signe d'épanchement

que ce flot que lui seul apercevait; la peau était un peu épaisse de ce côté, sans aucune douleur, sans rougeur et même sans œdème. Le Dran, croyant le cas équivoque, réclama l'avis de plusieurs de ses confrères, qui, à la pluralité des voix, décidèrent qu'il fallait attendre quelque chose de certain pour opérer. La fièvre continua et fut accompagnée de sueurs froides; il ne parut aucun autre signe d'épanchement, et le malade mourut le huitième jour. A l'ouverture du corps, on trouva environ cinq pintes de pus épanché dans la poitrine.

Ces faits et un grand nombre d'autres semblables que nous pourrions citer prouvent évidemment qu'il peut exister dans la poitrine un épanchement considérable de pus sans que le malade éprouve les symptômes que cet épanchement a coutume de produire et qui en font connaître l'existence. Mais d'un autre côté, l'expérience a appris qu'il est des maladies dont les symptômes ressemblent tellement à l'empyème, qu'on peut croire que cette affection existe réellement, alors même qu'il n'y a pas une goutte de pus dans la poitrine. Puisque le diagnostic de l'empyème est si difficile dans certains cas, on ne saurait apporter trop d'attention non-seulement dans l'examen de tous les symptômes que le malade éprouve, mais encore dans celui des phénomènes qui ont précédé son état actuel. Mais comme il n'est pas toujours possible d'obtenir des malades des renseignements positifs sur les circonstances commémoratives, et que d'ailleurs la marche de la maladie est sujette à des variétés, il pourra arriver au médecin le plus habile de croire qu'il n'y a point de pus épanché dans la poitrine, pendant que le malade mourra d'un empyème dont l'existence ne sera reconnue qu'à l'ouverture du corps. Une méprise en sens contraire est plus difficile et plus rare; cependant on a des exemples de personnes que l'on croyait avoir un empyème, et auxquelles on a ouvert la poitrine sans trouver de pus dans cette cavité. Dionis nous apprend que de son temps, un chirurgien, d'ailleurs habile, pratiqua l'opération de l'empyème au duc de Mortemart, et qu'il ne trouva rien dans la poitrine. Il ne dit pas ce qui résulta de cette opération. Mais on conçoit qu'une pareille ouverture, faite à la poitrine d'une personne chez qui il existe une maladie qu'on prend pour un empyème, et qui a quelques-uns de ses caractères, pourrait avoir des conséquences fâcheuses. Aussi un chirurgien prudent ne se déterminera à entreprendre l'opération de l'empyème qu'autant qu'il n'y aura aucun doute sur l'existence de l'épanchement.

Abandonné à lui-même, l'empyème se termine quelquefois heureusement; mais le plus ordinairement il cause la mort. On trouve dans les livres de médecine plusieurs observations d'empyèmes guéris spontanément; mais ces observations ne sont pas toutes dignes de confiance; et en examinant attentivement celles qui paraissent les plus authentiques, on est porté à croire qu'elles ont moins pour objet un véritable empyème qu'une collection de pus entre la plèvre et le poumon, circonscrite par l'adhérence de ces parties, et à laquelle on a donné mal à propos le nom d'empyème enkysté. On voit par ces mêmes observations que la terminaison heureuse de la maladie peut avoir lieu de différentes manières. La plus ordinaire est celle où le pus se porte au dehors en se frayant une route au travers de la plèvre et des muscles intercostaux. Dans ce cas, il se forme sur un point quelconque de la poitrine une tumeur dans laquelle on ne tarde pas à sentir de la fluctuation, et dont l'ouverture spontanée ou faite par la main du chirurgien, donne issue au pus actuellement contenu dans la poitrine, et à celui qui s'y forme ensuite. Cette ouverture reste fistuleuse pendant un temps plus ou moins long, se cicatrise enfin, et le malade est guéri.

La voie dont nous venons de parler n'est pas la seule dont se sert la nature pour porter au dehors le pus contenu dans la poitrine: quelquefois il se fraye une route jusque dans l'une des divisions bronchiques, et il est rendu par l'expectoration. Dans certains cas, le pus se fait jour en même temps par les deux voies dont nous venons de parler, et le malade crache une matière semblable à celle qui sort par l'ouverture de la tumeur qui s'est montrée à l'extérieur de la poitrine.

Quelques malades que l'on croyait atteints d'empyème, ayant recouvré la santé en même temps qu'ils ont rendu avec l'urine ou par les selles une matière purulente ou puriforme, on a prétendu que la nature s'était servie de ces émonctoires pour porter au dehors le pus épanché dans la poitrine. Sans nier absolument la possibilité d'un semblable événement, nous dirons qu'il ne paraît guère probable, et qu'on est autorisé à croire que dans les faits de ce genre rapportés par les auteurs, on se sera trompé sur la nature de la maladie et sur celle du liquide rendu avec les urines ou avec les selles.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que le véritable empyème, c'est-à-dire l'épanchement de pus sur le diaphragme, abandonné à sa marche naturelle, se termine presque toujours par la mort. Mais l'é-

poque de cette fin funeste de la maladie est très-variable. Lorsque la phlegmasie qui a précédé l'empyème a été intense, que sa marche a été rapide, et que la quantité de pus est considérable, le malade succombe ordinairement très-vite. Nous avons rapporté plus haut, d'après Le Dran, un cas dans lequel le malade mourut le huitième jour d'une inflammation de poitrine, avec cinq pintes de pus dans cette cavité. Charles le Pois, plus connu sous le nom de *Carolus Piso* (1), a vu toute la capacité de la poitrine remplie de pus, dans des cadavres de personnes mortes avant le quatorzième jour d'une pleurésie. Il a particulièrement fait cette observation sur le cadavre d'un prêtre, âgé de plus de soixante ans, mort le neuvième jour d'une inflammation de la plèvre. J'ai trouvé plus de deux pintes de pus dans la cavité droite de la poitrine d'un homme mort le douzième jour d'une pleuro-péripleurésie survenue à la suite de l'amputation d'une jambe. Mais lorsque l'inflammation qui a précédé l'empyème a été peu intense et sa marche lente, le malade succombe beaucoup plus tard; et comme la surface de la plèvre exhale incessamment le liquide qui forme l'épanchement, il peut s'en amasser une quantité énorme. Dans ce cas les malades périssent en passant par tous les degrés du marasme et de la consommation.

Le pronostic de l'empyème, tout fâcheux qu'il est, n'a pas toujours le même degré de gravité. Lorsque le malade est jeune, que les forces sont en bon état, que l'épanchement s'est formé promptement et n'est compliqué d'aucune affection organique, le danger est moins imminent que lorsque le malade est avancé en âge, qu'il est faible, que la maladie est ancienne, que les crachats sont purulents, que le marasme et la consommation sont déjà fort avancés. Cependant il est bon d'observer qu'on a vu des malades, dont l'état semblait désespéré, guérir par l'opération.

Lorsque l'empyème est formé, et qu'il ne reste aucun doute sur son existence, si rien n'indique que la matière purulente puisse être évacuée par quelqu'une des voies dont nous avons parlé, on doit avoir recours à la paracentèse du thorax, à moins que la colligation, le marasme, la chute des cheveux, et la faiblesse extrême du malade n'indiquent l'inutilité des secours de l'art; car alors l'opération ren-

(1) *De Morb. seros. colluv.*, sect. 3, chap. 9, obs. 62, p. 256.

draît la mort plus prompte : hors ce cas de mort inévitable, on doit avoir recours à la paracentèse, qui par elle-même ne présente aucun danger, et qui, d'ailleurs, est le seul moyen de salut dans les cas où la maladie n'est pas absolument mortelle.

L'opération de l'empyème doit être faite au même endroit et de la même manière, soit qu'on la pratique pour donner issue à du sang, à de la sérosité, ou à du pus épanché sur le diaphragme entre la plèvre et le poumon; mais comme l'entrée de l'air dans la poitrine, toujours nuisible, quelle que soit la nature du liquide épanché dans cette cavité, l'est beaucoup plus quand ce liquide est du pus, on doit prendre alors toutes les précautions possibles pour la prévenir. Ainsi on donnera très-peu d'étendue à l'incision des muscles intercostaux et de la plèvre, et aussitôt qu'il sera sorti une certaine quantité de pus, on remplira exactement la plaie avec une tente mollette assujettie avec un fil au lieu d'y introduire une bandelette effilée, comme il est d'usage dans les épanchements sanguins. Cette précaution peut suffire pour remplir l'objet qu'on se propose lorsque l'épanchement de pus est récent et peu considérable; mais lorsqu'il est ancien et très-grand, elle ne suffit plus. Malgré la tente, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, et surtout pendant les pansements, le pus s'écoule, l'air pénètre dans la poitrine, et en prend la place. Bientôt l'action nuisible de l'air sur la plèvre se manifeste, comme dans les grands abcès froids et dans les abcès par congestion qu'on a ouverts trop largement, par l'altération du pus qui devient très-fétide, âcre, irritant, et dont la résorption entretient et augmente la fièvre lente lorsqu'elle existe déjà, et la produit lorsqu'elle n'existe pas encore. On a donc pensé qu'il était de la plus grande importance d'empêcher l'entrée de l'air dans la poitrine, en ne vidant cette cavité que peu à peu, afin de donner au poumon le temps de se développer et de remplir la place qui était occupée par le pus. Dans cette vue, plusieurs moyens ont été proposés : on a conseillé d'établir un défaut de parallélisme entre la plaie des téguments et celle des muscles intercostaux, en tendant fortement la peau au moment où on l'incise; d'autres ont recommandé de placer dans la plaie une canule qu'on bouche et qu'on débouche à volonté. Ceux-ci veulent qu'on réunisse forcément les lèvres de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, ceux-là qu'on la bouche exactement avec une tente. Mais le procédé le plus propre à remplir l'objet qu'on se propose consiste à pratiquer successivement plusieurs ponctions

avant d'en venir à une incision assez grande pour vider complètement la poitrine; à ne pas donner à l'incision des muscles intercostaux une étendue trop considérable; à boucher la plaie avec une tente mollette, et à ne la panser que le moins souvent possible. Dans un cas d'épanchement séro-purulent dans la cavité gauche du thorax, dont Morand a donné l'histoire dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, sous le nom d'hydropisie de poitrine, ce célèbre chirurgien, déterminé par quelques incertitudes jetés dans l'assemblée de ceux qui étaient venus au secours du malade, pratiqua la ponction avec un trois-quarts ordinaire dans le lieu d'élection pour l'opération de l'empyème. Il tira de la poitrine environ six pintes de liquide; celui qui vint le dernier était purulent et à la quantité d'un petit verre. Le malade parut revenir de la mort à la vie; il fut en état de se coucher à son aise; son pouls se ranima; il eut du sommeil et des moiteurs douces; mais l'oppression, revenue insensiblement et portée à un point qui n'était plus supportable, engagea Morand à faire l'opération de l'empyème dans l'endroit où il avait fait la ponction, et il tira encore cinq pintes de liquide séreux, mêlé sur la fin d'une plus grande quantité de pus que la première fois. Le malade fut pansé en premier appareil avec une bandelette de linge, qui, à quelques pouces près, fut insinuée dans la poitrine. On y substitua par la suite une tente plate et molle chargée de digestif; plus tard, comme la plaie avait une tendance continuelle à se rétrécir, pour s'opposer à sa cicatrisation, Morand introduisit une canule d'argent aplatie qui laissait un cours libre à la matière et permettait de faire des injections détersives dans la poitrine. Sept mois après l'opération la plaie fut entièrement fermée, et le malade complètement guéri. Dans ses remarques sur cette observation, Morand reconnaît la nécessité de ne point évacuer à la fois tout le liquide épanché, et il croit qu'il serait peut-être plus prudent de ne faire l'ouverture de la poitrine en forme qu'après une ou deux ponctions, pour permettre au poumon une expansion lente et graduée. J'ai employé cette méthode dans un cas où probablement elle aurait eu du succès si le malade n'eût pas passé en d'autres mains après les premières ponctions. Voici le fait.

M. T., chirurgien aide-major des armées, fut attaqué, en 1814, d'une pleurésie chronique à la suite de laquelle il se forma un épanchement séro-purulent dans la cavité gauche de la poitrine. Dans l'espace de trois mois, cet épanchement devint si considérable que le

malade respirait avec la plus grande difficulté, et qu'au moindre mouvement, même dans son lit, la suffocation devenait imminente : il ne pouvait pas se coucher sur le côté droit, et il était obligé de se tenir presque assis dans son lit : le côté gauche de la poitrine était énormément soulevé, les côtes fort écartées les unes des autres, et quoique le malade fût extrêmement maigre, les espaces intercostaux, au lieu d'être enfoncés, formaient des saillies très-remarquables. Pendant la toux, qui était sèche, fréquente et incommode, on sentait distinctement dans ces espaces, surtout dans les inférieurs, la fluctuation du liquide ; le cœur était tellement déplacé que ses battements se faisaient sentir à droite, près de l'aisselle. Il n'y avait pas plus de doute sur l'épanchement que sur la nécessité de lui donner issue, et plusieurs des confrères de M. T. avaient décidé qu'on pratiquerait l'opération de l'empyème ; mais avant de s'y décider, le malade désira consulter d'autres personnes, et je fus appelé. L'indication était positive, pressante, mais comme je craignais la sortie trop prompte du liquide, je fus d'avis de ne faire qu'une ponction. Un trois-quarts, moins gros encore que celui dont on se sert pour faire la ponction de l'hydrocèle, fut plongé entre la quatrième et la cinquième côte, en comptant de bas en haut, vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et l'appendice sternale. Le poinçon étant tiré, il coula par la canule un liquide séro-purulent, sans odeur, et semblable en quelque sorte à du petit-lait trouble. Cette évacuation soulagea beaucoup le malade ; mais au bout de huit jours, les accidents étant revenus, on fit une autre ponction, puis une troisième, ensuite une quatrième ; et chaque fois on laissait couler une plus grande quantité de liquide. Ces quatre ponctions furent pratiquées dans l'espace de six semaines. Après la troisième, le malade se trouva assez bien pour faire quelques promenades en voiture aux environs de Paris : l'amélioration fut plus grande encore après la quatrième, et alors M. T. crut pouvoir entreprendre un voyage de soixante et dix lieues pour retourner dans son pays. Arrivé au sein de sa famille, le chirurgien auquel il se confia, après avoir blâmé la conduite qu'on avait tenue, pratiqua l'opération de l'empyème, et vida complètement la poitrine. Bientôt le pus, qui jusque-là n'avait eu aucune odeur, en prit une très-fétide ; la fièvre s'alluma ; l'appétit se perdit, le dévoiement survint, et le malade mourut environ six semaines après l'opération.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que dans l'em-

pyème peu considérable, et qui s'est formé très-promptement à la suite d'une pleurésie aiguë, on peut sans inconvénient pratiquer l'opération de l'empyème, en ayant l'attention de ne pas donner trop d'étendue à l'incision des muscles intercostaux et de la plèvre ; mais que, dans l'empyème ancien et très-considérable, il est nécessaire de faire précéder cette opération par plusieurs ponctions, pratiquées à des intervalles qui seront déterminés par l'état du malade, et dans chacune desquelles on retirera une quantité de matière plus ou moins considérable, suivant la grandeur de l'épanchement et l'intensité des symptômes.

Lorsque la poitrine est ouverte, et que la quantité de liquide qu'on juge nécessaire d'évacuer est sortie, on panse la plaie, on place le malade dans son lit, et l'on prescrit le régime et les médicaments internes que son état exige. Mais le pansement doit être différent selon qu'on se propose de laisser sortir, par une espèce de suintement continu, le pus qui est épanché dans la poitrine, ou de l'y retenir et de n'en permettre la sortie qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans le premier cas, on introduit par la plaie, jusque dans la poitrine, une mèche de linge effilé, dont la plus grande partie doit rester en dehors ; dans le second, on remplit exactement la plaie avec une tente molle sur laquelle on noue un fil pour la fixer au dehors et l'empêcher de tomber dans la poitrine, comme cela est arrivé plusieurs fois. Dans l'un et dans l'autre cas, on couvre la plaie avec un linge fin sur lequel on place un gâteau de charpie et des compresses : on assujettit le tout avec un bandage de corps et un scapulaire. Le malade doit prendre dans son lit la position dans laquelle il se trouve le plus commodément. On peut changer le bandage de corps et les compresses lorsqu'ils sont salis par la suppuration, mais on ne doit ôter la mèche ou la tente qui remplit la plaie, qu'au bout de vingt-quatre heures, et il faut aussitôt en mettre une autre, afin d'empêcher l'accès de l'air et son renouvellement trop fréquent dans la poitrine. Lorsqu'on aura cru devoir employer la tente, on la remplacera au bout d'un certain temps par la bandelette effilée dont l'usage est nécessaire pour prévenir la réunion des lèvres de la plaie, et faciliter l'écoulement du pus. Si la mèche ne suffisait pas, on introduirait à sa place une canule d'argent garnie d'un rebord assez large pour l'empêcher de tomber dans la poitrine, comme Benjamin Bell dit que cela est arrivé une fois. Pour plus de sûreté, il serait bon que ce rebord fût percé de deux trous dans lesquels on passerait des rubans qui ceindraient le corps.