

La canule doit être assez longue pour que son extrémité puisse atteindre le foyer de la matière épanchée sans cependant pénétrer assez avant pour toucher le poumon, et comme l'espace compris entre cet organe et les parois de la poitrine diminue peu à peu, on doit diminuer aussi la longueur de la canule. Il est presque toujours nécessaire de faire des injections dans la poitrine, soit pour entraîner au dehors la matière purulente dont le séjour deviendrait nuisible, soit pour corriger autant que possible l'état morbide de la plèvre et les mauvaises qualités du pus. Les injections, dont il ne faut jamais abuser, doivent être différentes, suivant les circonstances : si la matière qui sort de la poitrine n'a point d'odeur, on injecte de l'eau d'orge simple ou unie à un peu de miel rosat ; mais lorsque la matière purulente présente des caractères de putridité et une odeur fétide, les injections doivent avoir plus d'activité, et l'on se sert alors utilement d'une décoction de quinquina. Dans tous les cas, on doit éviter les injections trop irritantes qui provoqueraient la toux et pourraient faire naître une inflammation dangereuse. Les injections irritantes seraient surtout très-nuisibles si, par l'érosion de la substance pulmonaire, il existait une communication entre les bronches et le foyer de l'épanchement. Dans le cas où le malade rend par l'expectoration une matière semblable à celle qui sort par l'ouverture de la poitrine, et où le liquide injecté dans cette cavité pénètre dans les bronches et revient par la bouche, ce qui arrive quelquefois, on doit être extrêmement réservé sur les injections, même les plus douces, et subordonner leur usage aux effets qu'elles produisent. Les autres préceptes, relatifs au traitement local, sont exactement les mêmes que ceux qui ont été exposés à l'article des plaies de la poitrine : il serait inutile d'y revenir.

Le traitement chirurgical de l'empyème doit être secondé par un régime et des médicaments internes appropriés à l'état du malade.

Le succès de l'opération de l'empyème est fort incertain. Si la maladie est récente et peu considérable ; si le pus contenu dans la poitrine au moment de l'opération, et celui qui en sort à chaque pansement, sont blancs, sans odeur et en quantité médiocre ; si le malade est sans soif, sans dévoiement ; s'il digère bien ; si ses forces se soutiennent, il est très-probable qu'il se rétablira. Si, au contraire, la maladie est ancienne et fort considérable ; si le pus est ténu, ichoreux, sanguinolent et fétide ; si le malade a de la fièvre, du dévoiement ;

s'il maigrit et que ses forces diminuent, sa perte est presque certaine. Cependant on a quelques exemples d'empyèmes guéris par l'opération malgré l'abondance et les mauvaises qualités du pus, malgré d'autres symptômes non moins fâcheux.

On ne sera pas surpris du peu de succès de cette opération, si l'on considère que dans l'empyème, le poumon et la plèvre ont éprouvé dans leur texture des désordres irréparables, et que dans les cas les plus favorables, le malade ne peut guérir qu'autant que l'espace compris entre le poumon et les parois de la poitrine s'efface complètement, que ces parties reviennent à leur état de contiguité, ou qu'il s'établit entre elles des adhérences. La disparition de cet espace est due au développement successif du poumon, et au rapprochement des parois de la poitrine de l'axe de cette cavité.

Le poumon comprimé et affaissé par le liquide épanché perd beaucoup de son volume, et semble même entièrement détruit, lorsque l'épanchement est ancien et très-considérable ; mais aussitôt que cet organe cesse d'être comprimé, l'air pénétrant dans les ramifications des bronches et dans les cellules du tissu cellulaire dont les lobes pulmonaires sont formés, toutes ces parties se dilatent, et le poumon récupère peu à peu le volume qu'il avait perdu. Le développement de cet organe est prompt, et en quelque sorte soudain, lorsque l'épanchement est très-récent et peu considérable. Il est lent et successif, au contraire, quand l'empyème est ancien et considérable : quelquefois ce n'est qu'au bout d'un temps très-long que le poumon a repris tout le volume qu'il est susceptible d'acquérir.

Les parois de la poitrine, éloignées de leur axe par le liquide qui remplit cette cavité, s'en rapprochent aussitôt que ce liquide est sorti. Le diaphragme, que le poids de la matière épanchée avait refoulé du côté de l'abdomen, remonte vers la poitrine, reprend sa première position et la forme voûtée qui lui est naturelle : les côtes qui s'étaient éloignées de l'axe vertical du thorax, en s'élevant, s'écartant les unes des autres, et formant un angle presque droit avec la colonne vertébrale, s'abaissent, se rapprochent de l'axe de la poitrine et les unes des autres, et forment avec la colonne épinière un angle beaucoup plus aigu. Mais non-seulement les parois de la poitrine reviennent à leur position ordinaire lorsque le liquide, qui les en avait éloignées en les poussant de dedans en dehors, cesse d'agir sur elles ; mais encore elles s'affaissent au delà de cette position, en devenant de plus en plus



obliques sur la colonne vertébrale, et en se rapprochant les unes des autres; le sternum lui-même entraîné par les côtes est porté en bas et en arrière, vers l'axe du thorax. Aussi remarque-t-on qu'à mesure que ce travail s'opère, le côté malade de la poitrine se rétrécit sensiblement, et que la mamelle et l'épaule elle-même s'abaissent. Au reste, il est à observer que le rétrécissement de la poitrine, du côté malade, est d'autant plus sensible que, dans l'empyème, la nature augmente le volume du poumon sain et la cavité qui le renferme, comme pour compenser, ainsi que Morgagni en a fait la remarque, la perte de volume que le poumon malade a éprouvée. Lorsque la nature a effacé entièrement l'espace qui existait entre le poumon et les parois de la poitrine, elle n'a pas terminé entièrement le travail qui doit achever la guérison; il faut encore, pour que cette guérison soit solide et durable, que la cavité de la plèvre s'efface entièrement; or, c'est ce qui résulte de l'adhérence de la surface du poumon avec les parois du thorax: tant que cette adhérence n'est pas complète, on ne peut regarder la guérison comme parfaite; mais il est bon de dire que certains malades se trouvent hors de danger, et en quelque sorte guéris sans que la cavité de l'empyème se ferme entièrement. Dans ce cas, la plaie devient fistuleuse, et il reste entre le poumon et les parois de la poitrine un vide plus ou moins grand dans lequel l'air pénètre sans aucun inconvénient remarquable.

## ARTICLE IV.

*De l'hydropisie de la poitrine et de celle du péricarde.*

## § 1. — De l'hydropisie de la poitrine.

On donne ce nom, ou celui d'hydrothorax, à un amas de sérosité entre la plèvre et le poumon. Cette maladie peut n'attaquer qu'un des côtés de la poitrine ou les affecter tous les deux à la fois. On la nomme primitive ou essentielle, lorsqu'elle dépend d'un simple défaut de rapport entre l'exhalation et l'absorption qui ont lieu perpétuellement à la surface de la plèvre, sans qu'on puisse attribuer ce défaut de rapport à une lésion organique des viscères de la poitrine ou de l'abdomen, ou à quelque maladie préexistante. On l'appelle secondaire ou

symptomatique, quand elle dépend de l'une de ces dernières causes. Cette distinction de l'hydrothorax en *essentiel* et en *symptomatique* est très-importante.

L'hydrothorax essentiel est bien moins fréquent que le symptomatique; cependant de nombreuses causes peuvent le produire. Une grande quantité d'eau froide bue pendant que le corps est très-échauffé, la suppression d'une évacuation séreuse habituelle, le dessèchement d'un cautère ou d'un ancien ulcère, chez les vieillards surtout, le font naître quelquefois: on le voit survenir aussi à la suite de l'asthme convulsif, d'une pleurésie, d'une péripneumonie, d'une maladie exanthématique, telle que la rougeole, la variole, la scarlatine, de la répercussion d'une dartre, de la gale, etc.; d'autres fois, il se déclare à la suite d'une contusion ou d'une forte pression sur le thorax. Ces différentes causes agissent en diminuant l'activité des vaisseaux absorbants, ou en augmentant celle des exhalants. Dans le premier cas, la marche de l'hydrothorax est lente, chronique; dans le second, elle est plus ou moins rapide, et en quelque sorte aiguë. Mais quelle que soit la cause déterminante de l'hydropisie de poitrine essentielle chronique, elle agit avec d'autant plus d'efficacité que le malade est affaibli par des évacuations excessives ou opiniâtres, par quelque maladie antécédente qui a existé longtemps, par des chagrins profonds, etc.

L'hydrothorax symptomatique ou consécutif, beaucoup plus fréquent que le primitif ou essentiel, dépend le plus souvent de lésions organiques du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons: quelquefois il est consécutif à la lésion organique de quelqu'un des viscères de l'abdomen, particulièrement du foie; mais alors l'hydropisie de la poitrine est toujours précédée ou accompagnée de celle du bas-ventre.

Le diagnostic de l'hydrothorax est presque toujours obscur et difficile. Cette difficulté tient à plusieurs causes: 1° ses symptômes, qui diffèrent d'ailleurs suivant ses causes et ses périodes, lui sont communs avec beaucoup d'autres maladies; 2° ceux qui lui sont le plus ordinaires manquent assez souvent, et quelquefois même cette maladie existe sans être annoncée par aucun de ses signes nombreux; 3° enfin, la structure des parois de la poitrine ne permet pas de sentir la fluctuation du liquide, comme dans l'ascite.

Des accès d'asthme convulsif, un sentiment de pesanteur, une légère anxiété, une petite toux sèche ou d'apparence catarrhale, du malaise après le repas, une faiblesse générale, un éloignement très-marqué