

100, préalablement portée à l'ébullition, puis refroidie jusqu'à 35°. La quantité injectée est de 50 à 100 grammes au-dessous de celle extraite et exactement appréciée; on laisse le liquide dans la plèvre 10 à 15 minutes.

Une douleur consécutive est exceptionnelle; quand elle se produit, elle cède facilement à une injection de morphine. Si l'on opère pendant la période fébrile, on observe, pendant un jour ou deux seulement, une légère ascension de la fièvre qui cède ensuite, en même temps qu'on observe la disparition de l'exsudat, c'est-à-dire, d'après les faits observés, dès le troisième jour si la pleurésie est à sa période de déclin, du septième au quinzième jour, si la pleurésie est traitée dans la période fébrile.

Ce procédé paraît de tous points recommandable dans les épanchements qu'on voit persister pendant longtemps sans modification. Quant à la pleurésie séro-fibrineuse franche, sa durée, d'après les chiffres de Juhel-Rémoy, est *un peu* au-dessous de la durée habituelle; mais de nouvelles études seules peuvent permettre de dire si c'est là une raison suffisante pour adopter le procédé dans tous les cas.

Il est probable que le rapprochement précoce des séreuses pariétales et viscérales, en pleine période inflammatoire, est suivi de la production d'adhérences étendues et serrées, ce qui est de nature à créer une condition défectueuse pour le fonctionnement du poumon, car il y a un inconvénient grave à supprimer la plèvre. Il est vraisemblable qu'en la laissant guérir, je ne dis pas *lentement* (ce qui aurait pour conséquence l'*atélectasie* d'un certain nombre de lobules pulmonaires), mais *progressivement*, ses deux faces n'arrivent en contact l'une de l'autre qu'après extinction, au moins partielle, des phénomènes inflammatoires et que les adhérences inévitables qui se forment seront moins étendues et moins serrées. Tel n'est pas, toutefois, l'avis de Grancher. Cet auteur pense que l'ankylose pleurale étant un mode de guérison pour les pleurésies graves, suppurées ou non, *il faut aider à leur prompt réalisation*, quitte à traiter, à l'aide d'une

gymnastique respiratoire bien conduite, la sclérose pleuro-pulmonaire¹.

En résumé, pour apprécier la valeur de la méthode de Juhel-Rémoy, il faudrait en connaître exactement les conséquences fonctionnelles; l'importance de la durée de la pleurésie est faible, car, en comparaison d'un traitement médical *bien conduit*, cette durée n'est pas de beaucoup diminuée.

Si l'antisepsie locale paraît être « une médication d'avenir » (Fernet) pour les pleurésies non purulentes, je m'élève de toutes mes forces, au moins pour le présent, contre les tentatives qu'on pourrait faire d'antisepsie pleurale sans pleurotomie dans la pleurésie purulente. Quand on songe aux anfractuosités sans nombre que les surfaces pleurales forment avec les fausses membranes dans les pleurésies suppurées, on ne conçoit guère la possibilité d'en pratiquer une antisepsie suffisante, et l'on peut prévoir que la pleurotomie restera pendant longtemps encore le traitement le plus prompt, le plus sûr et le plus inoffensif de ces pleurésies.

Les moyens locaux et généraux que nous venons d'indiquer ne suffisent pas toujours à guérir une pleurésie; on peut avoir à intervenir pour évacuer le liquide intrapleurale, soit par la *thoracentèse*, soit par la *pleurotomie*.

* THORACENTÈSE

La thoracentèse est une opération qui a pour but d'évacuer, à l'aide d'un trocart ou d'instruments analogues, les liquides contenus dans la plèvre.

C'est Trousseau qui a vulgarisé cette opération; mais, obligé de se servir d'un trocart volumineux (trocart de Reyhard), il en restreignait l'application aux cas où l'épanchement atteignait des proportions immédiatement inquiétantes pour la vie. En 1869, Dieulafoy en appliquant la méthode de l'aspiration au traitement de la pleurésie, fit entrer la question dans une phase si nouvelle, qu'en réalité la pratique courante de la thoracentèse ne remonte qu'à cette date.

1. Grancher, *Maladies de l'appareil respiratoire*, Paris, 1890, p. 452.

L'opération parut tellement simple, que beaucoup de médecins se mirent à ponctionner toutes les pleurésies. Il y eut des revers : la négligence des règles les plus élémentaires de l'antisepsie, alors inconnue, fut la cause qu'un grand nombre de pleurésies ponctionnées devinrent purulentes. On ne soupçonnait pas que l'aiguille qui avait servi à aspirer du pus eut besoin de plus qu'un nettoyage sommaire. Pendant un instant on accusa l'aspiration de tant de méfaits, que sa valeur thérapeutique fut mise en contestation. Mais, peu à peu, on apprit à connaître les indications précises de la thoracentèse et les moyens de se mettre à l'abri des accidents.

INDICATIONS. — Nous étudierons les indications de la thoracentèse dans la *pleurésie séro-fibrineuse* simple et compliquée, dans la *pleurésie hémorragique*, dans la *pleurésie purulente* et dans l'*hydrothorax*.

Pleurésie séro-fibrineuse. — La thoracentèse n'est pas un procédé thérapeutique curatif ; c'est un procédé mécanique destiné à lever l'obstacle que crée l'épanchement au fonctionnement régulier des organes. Elle est capable cependant, par ce mécanisme détourné, de concourir à la guérison ; mais on ne peut pas lui demander cet effet avec certitude. D'autre part l'évacuation d'une grande quantité de sérosité pleurale devient une cause d'affaiblissement notable pour l'organisme, si l'exsudation se reproduit rapidement. On ne peut donc pas considérer la ponction comme chose indifférente. Je n'insiste pas sur l'accusation formulée récemment que la ponction favoriserait la purulence ; en démontrer la fausseté serait superflu. Tous ceux qui ont pratiqué beaucoup de ponctions diront avec Potain : « La thoracentèse bien faite, et faite à propos, ne provoque pas la suppuration des épanchements pleuraux¹. »

Nous verrons ultérieurement quelles précautions il faut prendre pour que la thoracentèse soit bien faite ; voyons pour l'instant quand elle doit être décidée pour être faite à propos.

La question de l'opportunité de l'intervention se résume dans les deux cas suivants : « Etant donné une pleurésie aiguë avec épanchement, deux cas peuvent se présenter :

1. Potain, *Acad. de méd.*, 31 mai 1892.

dans l'un, la thoracentèse est urgente, dans l'autre elle est discutable. » (Dieulafoy¹).

I. — *Quand la thoracentèse est-elle urgente ?*

L'urgence peut s'entendre de deux façons. Il y a l'urgence qui résulte de la menace de suffocation par le fait de l'abondance du liquide. Cette urgence *in extremis* ne doit jamais être attendue sciemment.

L'indication doit être recherchée, suivant Potain, dans les considérations suivantes :

1° Les troubles fonctionnels ; 2° l'abondance de l'épanchement ; 3° l'âge de l'épanchement ; 4° la nature de l'épanchement.

Modifications fournies par les troubles fonctionnels.

— Suivant Potain, les troubles fonctionnels avertissent du danger trop tardivement dans la plupart des cas, ou n'avertissent pas du tout. Pour la *cyanose* et la *tendance syncopale* il n'y a pas de doute : on ne doit pas attendre ces symptômes ou, si l'on a été devancé par eux, ils indiquent qu'il faut se hâter d'intervenir.

Quant à la *dyspnée* elle est diversement appréciée. Quelques médecins n'opèrent que lorsque la dyspnée est intense. Dieulafoy insiste d'autre part, avec raison suivant nous, pour démontrer que la *dyspnée est un guide infidèle et trompeur*, qu'elle ne saurait servir de guide et qu'on peut voir de vastes épanchements, capables de menacer la vie des malades, ne donner lieu qu'à une oppression insignifiante. Les exemples qu'il donne à l'appui de cette manière de voir sont indiscutables.

Abondance de l'épanchement. — *L'urgence véritable doit être réglée par la quantité du liquide épanché.* Dès que l'épanchement atteint *deux litres*, il faut opérer ; « remettre au lendemain est une formule malheureuse qui coûte la vie aux malades » (Dieulafoy).

Mais il est fort difficile d'apprécier la quantité, même approximative, de l'épanchement ; aussi doit-on tenir

1. Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 4^e édit., Paris, 1894, t. I, p. 394, et *Acad. de méd.*, 17 avril 1892.

compte surtout de l'association de certains signes cliniques. Voici la règle adoptée par Potain : « Aussi longtemps que le liquide n'atteint pas le niveau de la clavicule, j'estime qu'il n'y a point, du fait de l'abondance, nécessité d'opérer. Lorsque le niveau du liquide atteint la clavicule, si l'on acquiert, d'autre part, la conviction que le diaphragme n'est point abaissé, que le médiastin n'est point refoulé, que le périmètre thoracique n'est pas notablement amplifié, que le poumon occupe une notable place dans le centre thoracique, on peut différer encore¹. Mais si le poumon paraît affaissé, si surtout on constate quelques-uns des signes de distension de la cavité pleurale, l'indication est urgente : il faut opérer aussitôt et toute affaire cessante. »

A cela nous n'ajouterons qu'un mot : *dans le doute ne pas s'abstenir*. La ponction peut être inutile ; pratiquée aseptiquement elle ne peut pas être nuisible.

Age de l'épanchement. — Il y a lieu d'extraire le liquide de la pleurésie dès qu'on n'a plus l'espoir de le voir se résorber assez promptement sous l'influence des moyens médicaux, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ (Potain).

Nature de l'épanchement (voir Pleurésie purulente, Pleurésie hémorragique).

II. *La thoracentèse est discutable*, c'est-à-dire que la quantité du liquide est évaluée au-dessous de deux litres. Trois cas peuvent se présenter : ou le liquide est en voie d'accroissement ; ou bien il est en voie de décroissance ; ou bien enfin il est stationnaire.

1. *L'abaissement du diaphragme* se juge, à gauche, par la diminution de l'espace de Traube, à droite par l'abaissement du foie. *L'ampliation du thorax* s'apprécie par la mensuration du périmètre thoracique. *Le déplacement du médiastin* est évalué d'après les limites de la matité donnée par la base du cœur, c'est-à-dire l'oreillette droite et l'aorte si l'épanchement est à gauche, et, s'il est à droite, d'après le déplacement du choc de la pointe du cœur et de sa matité. Enfin le degré d'affaissement du poumon peut être estimé par le caractère plus ou moins tubaire du souffle constaté au niveau de l'épanchement et par le niveau plus ou moins inférieur auquel s'abaissent et ce souffle et le retentissement vocal et les vibrations thoraciques (Potain).

a) *Si le liquide est en voie d'accroissement*, il est évident qu'on n'a aucun intérêt à ponctionner, puisque, en raison du processus exsudatif existant, le liquide se reproduira aussitôt après. Le plus souvent du reste cet accroissement est accompagné de *fièvre* que la plupart des auteurs considèrent comme une contre-indication (il va sans dire que le cas d'urgence est excepté). « Tant que la température est élevée, dit Dieulafoy, c'est-à-dire tant que persiste la phase aiguë de la pleurésie, il vaut mieux attendre la défervescence pour prendre une décision. » Dans ce cas l'aspiration détermine tantôt une exacerbation de la température, tantôt et plus rarement un abaissement momentané.

b) *Si l'épanchement décroît naturellement*, on ne voit pas pour quel motif on se déciderait à troubler la guérison naturelle ; il est inutile de ponctionner, à moins que la rétrocession du liquide ne soit si lente, que l'on ait à craindre les conséquences d'un épanchement stationnaire.

c) *Si le liquide reste stationnaire*, il importe de ne pas laisser les organes s'immobiliser dans une situation vicieuse, et de ne pas laisser les lobules pulmonaires comprimés par l'épanchement, d'autant plus que, pendant ce temps, la respiration, et par suite l'hématose et la circulation, restent gênées. On doit intervenir sous peine de laisser le malade s'étioler, le champ respiratoire diminuer d'une façon irrémédiable, la pleurésie passer à l'état chronique ou même à la purulence. Nous avons vu que Potain conseille de pratiquer la thoracentèse au bout de trois semaines si la résorption de l'épanchement ne s'effectue pas spontanément.

Il suffit dans quelques cas de vider la cavité pleurale pour que le liquide ne se reproduise pas ; mais d'autres fois une nouvelle exsudation se forme aussitôt. Si l'épanchement se renouvelle après deux ou trois ponctions, on peut avoir recours au lavage de la plèvre par le procédé de Juhel-Rénoy.

MANUEL OPÉRATOIRE. — a) *Instruments* : Un appareil aspirateur ; on a le choix entre ceux de Dieulafoy, de Debove et de Potain. Celui de

Dieulafoy permet de pratiquer facilement le lavage de la plèvre, mais non d'une façon aseptique; celui de Potain muni d'une pompe aspirante et foulante peut, entre des mains inexpérimentées, refouler de l'air dans la plèvre au lieu d'aspirer le liquide; le modèle de Debove ne présente pas cet inconvénient; il est d'un prix moins élevé que les précédents. Si l'on fait usage de l'appareil de Potain, il est utile de verser quelques gouttes d'huile dans la bouteille destinée à recevoir le liquide, afin d'éviter la production d'une mousse abondante qui pourrait gêner le jeu de la pompe aspirante.

La thoracentèse est faite avec l'aiguille n° 2 ou n° 3 de Dieulafoy ou des aiguilles correspondantes. Beaucoup de médecins préfèrent le trocart dans la crainte de léser le poumon au moment où, l'épanchement étant diminué, le poumon se rapproche de la paroi thoracique. Cette crainte est justifiée pour les médecins qui vident la totalité du contenu pleural; le choix est indifférent si l'on n'enlève qu'un litre de liquide à la fois. Toutefois l'aiguille est moins douloureuse que le trocart et d'un maniement plus facile.

b) *Accessoires* : Un fil d'argent, long et résistant, pour s'assurer de la perméabilité de l'aiguille; une solution de sublimé pour le lavage de la peau et des mains, et une solution phéniquée pour désinfecter l'aiguille, à moins que l'on ne préfère remplir cette dernière condition en flambant l'aiguille sur une lampe à alcool, mauvaise méthode toutefois, qui détrempe l'acier et met rapidement l'aiguille hors d'usage.

c) *Aides* : A la rigueur, on peut se passer d'aides. Il est préférable cependant d'avoir une personne qui maintienne le malade assis sur son lit en lui prenant les mains, et une autre qui s'occupe de l'aspiration.

d) *Préliminaires* : On s'assure de la perméabilité de l'aiguille, et du bon fonctionnement de l'appareil. Il est toujours utile d'aspirer préalablement quelques grammes d'une solution boriquée ou d'eau bouillie¹, ce qui donnera la certitude que l'appareil fait bien l'aspiration et empêchera la précipitation de l'albumine par l'acide phénique dans l'intérieur de l'aiguille; si l'on se sert de l'aspirateur de Potain, on sera sûr qu'un aide maladroit n'a pas refoulé de l'air dans la bouteille.

Cela fait, on détermine le *point sur lequel portera la ponction*. Pour cela le malade est assis sur son lit, ou couché et légèrement incliné sur le côté opposé à la pleurésie, suivant l'espace intercostal dans lequel on désire faire pénétrer l'aiguille.

Trousseau pratiquait la ponction dans le sixième ou septième espace intercostal, à 4 ou 5 centimètres du bord externe du muscle grand pectoral. On peut toujours se servir de ce point qui devient un lieu d'élection lorsque l'état du malade fait craindre une syncope, ou si l'on soup-

1. Si l'on fait usage de solutions phéniquées, il faut savoir que ces solutions précipitent l'albumine et donnent au liquide de la pleurésie une apparence trouble.

çonne qu'il existe des adhérences à la partie postérieure du poumon. Dans ce cas le malade reste couché.

Dieulafoy préfère ponctionner dans le *huitième espace intercostal sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate*, c'est-à-dire en un point situé plus bas et plus en arrière que le précédent, et où le liquide est dans une position plus déclive. Ce lieu d'élection est le plus généralement adopté; dans ce cas la ponction est faite, le malade étant assis. L'opérateur détermine le point où elle doit porter en comptant de bas en haut à partir du onzième espace intercostal.

Quelle que soit la région au niveau de laquelle on va ponctionner, il faut s'assurer préalablement par l'examen physique qu'il existe du liquide à ce niveau.

Le lieu d'élection de la ponction étant déterminé, on procède à l'asepsie de la peau de la région avec un liquide antiseptique tiède; il va sans dire que celle des mains et de l'aiguille a été préalablement assurée.

Ponction. — Pour pratiquer la ponction, on place l'extrémité de l'index dans l'espace intercostal choisi, de manière à limiter la *côte de dessus* avec le rebord supérieur de l'index, et la *côte de dessous* avec son rebord inférieur; puis l'aiguille étant tenue de la main droite, de telle façon qu'on limite avec l'index de la main droite une longueur de 2 à 3 centimètres, on enfonce *sans hésiter et d'un seul coup* cette longueur dans l'espace intercostal.

Telle est la conduite habituelle; mais, pour une raison ou pour une autre (mauvais état de l'aiguille, résistance inattendue des tissus, assurance insuffisante d'un débutant), l'aiguille ne pénètre pas; si l'on *vrille*, la peau qui n'est pas immobilisée se déprime sans se laisser traverser. On évitera cette surprise, lorsqu'on n'est pas sûr de soi, en procédant de la façon suivante: au lieu de mettre l'index entre les deux bords de l'espace intercostal, on appliquera *l'ongle de ce doigt sur le bord supérieur de la côte qui limite l'espace au-dessous*; on immobilisera ainsi les tissus sur un plan résistant. L'aiguille sera conduite ensuite sur l'ongle de l'index; les tissus immobilisés se prêteront à toutes les hésitations.

La ponction effectuée, le robinet correspondant de l'aspirateur est ouvert; le liquide apparaît au niveau de l'index en cristal, puis jaillit dans l'appareil. S'il n'apparaît pas, on enfonce l'aiguille avec précaution; dès que son extrémité rencontre le liquide, celui-ci est aspiré. Si le liquide fait défaut, de deux choses l'une, ou l'aiguille est tombée sur une fausse membrane, on la retire et l'on ponctionne en un point voisin, ou bien on a fait une erreur de diagnostic, ce qui n'a aucun inconvénient, si l'aiguille est fine et réellement aseptique.

On retire, en général, un litre de liquide, ou mieux, suivant Potain, la moitié de l'épanchement, après quoi on enlève l'aiguille; on se contente d'appliquer sur la piqûre un peu de collodion simple ou iodoformé: « Quand l'opération est méthodiquement faite, le malade ne doit éprouver ni quinte de toux, ni douleur, ni malaise. Si la pleurésie est compliquée, et si le champ de l'hématose est rétréci par des lésions cardiaques

ou pulmonaires, si l'on suppose qu'il existe des adhérences pleurales, *si surtout le malade accuse* pendant l'opération une sensation de déchirement ou de *douleur à l'intérieur de la poitrine*, il est préférable, quitte à recommencer le lendemain, *de suspendre l'écoulement*, n'eût-on retiré que quelques centaines de grammes. » (Dieulafoy.)

Quelles sont les indications d'une nouvelle thoracentèse ? Dieulafoy retire le lendemain ou le surlendemain du jour où il a pratiqué la première, un nouveau litre de liquide et ainsi de suite jusqu'à épuisement de l'épanchement, à moins qu'il ne reste dans la plèvre une quantité de liquide inférieure à quelques centaines de grammes ; dans ce cas il s'abstient. Le même auteur s'élève contre la pratique inutile et mauvaise qui consiste à vider l'épanchement jusqu'à la dernière goutte, ce qui détermine quelquefois une coloration rosée du liquide et de violentes quintes de toux.

Je pense pour ma part que, après la ponction, les conditions se trouvent ramenées à celles qui existaient avant l'opération et je ne vois aucune raison pour modifier les indications primitivement établies. La thoracentèse a un but mécanique à remplir, dicté par des conditions mécaniques ; qu'une thoracentèse ait été pratiquée ou non, ces conditions me paraissent devoir décider seules de l'intervention.

Je ferai toutefois exception pour les épanchements stationnaires qu'il faut épuiser lentement et progressivement.

Pleurésie compliquée. — Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les épanchements simples. Les indications ne sont plus les mêmes si la pleurésie s'accompagne de lésions concomitantes, récentes ou anciennes, de l'appareil respiratoire. Il est évident que toutes les circonstances qui rétrécissent le champ de l'hématose ou s'opposent à l'augmentation régulière du thorax nécessitent une intervention plus hâtive. La pleurésie chez les emphysémateux peut produire de la dyspnée avec un épanchement médiocre.

Il en est de même si la pleurésie est compliquée de pneumonie ; un épanchement qui survient chez un sujet présentant des adhérences dans une certaine étendue

de la plèvre se fera jour dans les parties restées libres et pourra déplacer des organes mobiles (foie, cœur), même sans dépasser une quantité modérée. Le danger est d'autant plus grand que les signes physiques sont modifiés et que le diagnostic est plus difficile. La dyspnée, la gêne circulatoire, le déplacement des organes surtout, fourniront les moyens du diagnostic et les indications de la ponction. Dans ces circonstances, il n'y a plus de lieu d'élection pour la ponction, on la pratique là où les signes physiques ont permis de déceler la présence du liquide.

Pleurésie hémorragique. — Il faut distinguer, au point de vue de la thoracentèse : 1° les pleurésies hémorragiques *secondaires* (tuberculeuses, cancéreuses ou survenues dans le cours d'une autre maladie, telle que maladie de Bright, cirrhose du foie, fièvres éruptives, fièvre typhoïde) ; 2° l'*hématome pleural*, véritable pachypleurite hémorragique. Dans le premier cas, la ponction aspiratrice n'est que palliative ; le liquide a une grande tendance à se reformer. Cependant, dit Dieulafoy, il n'est pas de pleurésie hémorragique qui ne puisse céder à des ponctions répétées, et dans quelques cas on arrive à tarir le liquide des pleurésies hémorragiques tuberculeuses ou cancéreuses ; d'autres fois, après quelques ponctions, le liquide perd sa teinte et se rapproche des épanchements séreux. De ce que l'on a tari l'épanchement, il ne s'ensuit pas, cela va sans dire, que la maladie primitive (tuberculose, cancer, etc.) soit guérie.

Quand la pleurésie hémorragique est le résultat d'un hématome de la plèvre, la thoracentèse n'agit plus seulement comme palliative ; elle est véritablement curative. Le soulagement qui la suit est très accusé, et le liquide a une tendance moindre à se reproduire.

Les préceptes relatifs à l'opération diffèrent peu de ceux qui ont été décrits à propos de la pleurésie séro-fibrineuse. On fait usage de l'aiguille n° 3 qui donne un passage plus facile aux caillots fibrineux. L'évacuation *d'un litre* de liquide doit être considérée comme un maximum qu'il ne convient pas de dépasser, parce que, le liquide

se reproduisant en partie, la ponction équivaut à une véritable saignée dont l'abondance serait une cause d'affaiblissement du malade. D'autre part on a remarqué que l'aspiration provoque, plus facilement dans les pleurésies hémorragiques que dans les séro-fibrineuses, des sensations douloureuses de tiraillement. Le plus souvent on ne retire que 700 à 800 grammes de liquide, et parfois moins.

Pleurésie purulente. — La *thoracentèse ne peut être, dans cette circonstance, qu'une opération d'attente, dans le cas où la pleurotomie ne pourrait pas être pratiquée immédiatement (empyème double, pneumonie aiguë), ou dans le cas de contre-indication (mort prochaine du malade)*. Entreprendre la curation d'une pleurésie purulente par les ponctions répétées, c'est perdre un temps précieux en vue d'une tentative qui ne peut qu'exceptionnellement réussir et qui, en cas d'insuccès, porte un préjudice considérable au malade, quel que soit le genre d'infection pleurale.

La thoracentèse est pratiquée avec l'aiguille n° 3 ou n° 4, en raison des grumeaux de pus qui pourraient oblitérer une aiguille plus fine. On doit retirer le plus de liquide purulent possible, sinon en une seule séance, du moins en plusieurs séances très rapprochées, parce qu'il y a toujours un danger immédiat à laisser une quantité notable de pus dans la cavité pleurale.

On recourra à la pleurotomie le plus tôt possible.

Hydrothorax. — On considère quelquefois que la thoracentèse n'est pas indiquée dans l'hydrothorax, parce que ce dernier étant le symptôme d'une autre maladie (du cœur ou des reins), c'est la maladie primitive qu'il conviendrait de traiter et non le symptôme. Déjà quelques praticiens se sont élevés contre cette exclusion (Huchard, Lépine¹, Mouisset). En effet, l'hydrothorax peut provoquer l'asphyxie comme un épanchement de pleurésie ; il gêne comme celui-ci le fonctionnement des organes voisins, en particulier celui du cœur, déjà si

1. Lépine, *Semaine méd.*, 1893, p. 69.

imparfait ; enfin il est d'observation que les toniques cardiaques n'agissent souvent que lorsque leur action est aidée par l'évacuation préalable des œdèmes. L'hydrothorax doit donc être traité en même temps que la maladie primitive qui le produit : 1° lorsqu'il crée une asphyxie menaçante ; 2° lorsqu'il gêne le fonctionnement des organes voisins, en particulier celui du cœur ; 3° lorsque, soit en raison de son abondance, soit par suite de l'état de faiblesse du cœur, on ne peut pas espérer le voir se résorber par les moyens médicaux appropriés.

Hydropneumothorax. — En principe il ne faut pas trop se hâter de ponctionner l'hydropneumothorax des tuberculeux, parce que l'affaissement du poumon favorise la cicatrisation de la fistule qui l'a produit. De plus la thoracentèse sollicite le passage de l'air à travers la fistule existante ; elle peut enfin produire de nouvelles fistules en déterminant le tiraillement d'adhérences au niveau de foyers tuberculeux sous-pleuraux. On admet que la cicatrisation d'une fistule pleurale exige cinq à six semaines pour se former. On devra donc attendre en général que six semaines se soient écoulées depuis le pneumothorax avant de pratiquer la thoracentèse. Celle-ci s'imposerait cependant d'urgence en cas d'asphyxie menaçante (voir plus loin, Pneumothorax fermé).

* PLEUROTOMIE

L'incision de la poitrine, pour évacuer le liquide contenu dans sa cavité, a été conseillée par Hippocrate, Sérapion, Rhazès, A. Paré, etc. Cette idée a été reprise récemment, et l'on a pu émettre l'hypothèse (Debove, Catrin) que toutes les pleurésies pourraient être traitées par la pleurotomie antiseptique. De fait une pleurésie purulente ouverte de très bonne heure avec des précautions antiseptiques suffisantes, guérit souvent au bout de quatre ou cinq semaines ; il semble qu'une pleurésie simple pourrait guérir beaucoup plus tôt, c'est-à-dire au moins aussi rapidement que par les moyens médicaux ordinaires. L'hypothèse est ingénieuse, je dirai même d'une réalisation vraisemblable, mais aucun fait ne permet d'en apprécier la valeur pratique. Jusqu'ici la pleurotomie est réservée au traitement de la pleurésie purulente ; j'excepte de mon sujet, bien entendu, la pleurotomie pratiquée dans le but de frayer une voie au bistouri pour atteindre le foie.