

membranes fibreuses, renfermant ou non des tubercules, et qui font adhérer tellement le poumon à la paroi qu'on ne saurait l'extraire sans le déchirer.

Les pleurésies avec épanchement des tuberculeux sont surtout séreuses, quelquefois purulentes, plus rarement hémorrhagiques. Elles surviennent au cours de la tuberculose en pleine évolution ou parfois, plus tardivement, à la dernière période, dont elles précipitent le terme. Ces pleurésies sont le plus souvent latentes; elles peuvent être doubles ou partielles. L'épanchement est ordinairement peu abondant; toutefois, en raison des allures insidieuses de la complication, il prend parfois de grandes proportions à l'insu du médecin. La pleurésie terminale n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

Dans tous ces cas, l'origine tuberculeuse de l'inflammation pleurale n'est pas douteuse. Il en est de même lorsque la pleurésie est liée à la tuberculose chronique du péritoine; là encore le diagnostic pathogénique ne présente pas de difficulté.

Mais il existe toute une série de cas où la pleurésie n'est pas manifestement tuberculeuse; ce sont ceux où elle survient chez des gens qui eux-mêmes ne sont pas nettement tuberculeux. Or, en ce qui concerne certaines variétés de pleurésies pré-tuberculeuses, la question a été jugée depuis longtemps par la clinique. Il en est ainsi de la pleurésie sèche, limitée au sommet, et des pleurésies séro-fibrineuses à forme insidieuse et torpide. Ces localisations pleurales sont suivies, et parfois de très près, de l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire dont le rapport clinique avec la lésion de la plèvre est incontesté. Ce sont bien des pleurésies tuberculeuses, précédant, réellement ou en apparence, la localisation pulmonaire.

En est-il de même de ces pleurésies qui, débutant, évoluant et se terminant comme les pleurésies les plus franches, sont suivies à une échéance plus ou moins éloignée, qui peut varier de quelques mois à six, huit et dix ans, du développement de la phtisie pulmonaire? Ici les opinions diffèrent.

Pour les uns, la pleurésie primitive *a frigore* crée une diminution de résistance locale qui rend le terrain favorable à l'évolution du bacille, ou bien encore son action se réduit à amener un séjour prolongé à l'hôpital où le malade prend le germe de la tuberculose.

Pour les autres, la pleurésie dite *a frigore* est le plus souvent une pleurésie tuberculeuse d'emblée: l'étiologie, la clinique, l'anatomie pathologique le démontrent. Ces pleurésies se développent sur un terrain prédisposé et surtout bien préparé par l'hérédité. Très fréquemment on voit éclater à leur suite, après une guérison apparente d'une plus ou moins longue durée, une infection tuberculeuse avérée; et, si celle-ci ne se montre pas constamment, c'est que

la tuberculose primitive de la plèvre est une tuberculose locale particulièrement curable. Enfin les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses sont caractérisées par la présence de tubercules fibreux dans la séreuse, comme elles le sont par des tubercules caséifiés lorsqu'elles sont purulentes et par des altérations vasculaires spéciales, quand elles sont hémorrhagiques. Si l'on ne peut découvrir directement le bacille de Koch dans la sérosité épanchée, du moins celle-ci se montre parfois virulente.

Cette opinion, qui fait de presque toutes les pleurésies *a frigore* des pleurésies tuberculeuses, semble empreinte de quelque exagération, mais on doit reconnaître qu'elle renferme une grande part de vérité.

M. BOULAY et H. BOURGES.

## TRAITEMENT DES PLEURÉSIES

### TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT SÉRO-FIBRINEUX OU HÉMORRHAGIQUE

Au début de toute pleurésie aiguë, le malade présente des symptômes douloureux, souvent très intenses, qu'il importe tout de suite de faire cesser, et contre lesquels de nombreuses médications ont été vantées. Parmi ces phénomènes du début, l'oppression, le point de côté, l'élévation parfois considérable de la température doivent d'abord être combattus.

On a, pendant longtemps, conseillé vivement l'emploi des saignées générales au début de la pleurésie aiguë. Andral, Bouillaud, Chomel, Louis en proclamaient hautement les heureux résultats, et prétendaient qu'à l'aide de ce moyen on pouvait arrêter la maladie à son début et empêcher l'épanchement de se produire. Cependant aucun moyen thérapeutique n'est tombé dans un discrédit plus grand; et personne actuellement ne songe à pratiquer une saignée générale importante chez un malade qui commence une pleurésie.

La saignée locale, pratiquée à l'aide de ventouses scarifiées, est un excellent moyen, qui, outre son action antiphlogistique, a un effet très rapide sur le point de côté. Les ventouses amènent très rapidement une détente des phénomènes douloureux. De toute façon elles sont infiniment préférables aux applications de glace sur la

poitrine, vantées par les Allemands et qui doivent être absolument proscrites.

Mais, si l'état général du malade ne permet pas de recourir à la saignée locale ou de la répéter jusqu'à cessation de la souffrance, on remplira avec succès cette indication urgente au moyen des injections hypodermiques de morphine.

Pendant toute cette période d'ascension, il faut atténuer le mouvement fébrile qui est par lui-même une cause de dangers. Divers moyens ont été proposés. En Allemagne, on prescrit les mercuriaux (calomel à doses fractionnées, frictions) comme antiphlogistiques : c'est un procédé inutile et dangereux.

L'infusion de digitale conseillée comme antipyrétique est rarement employée.

Si le malade présente un état bilieux ou saburral, il est bon d'avoir recours à un éméto-cathartique; s'il a une tendance à l'adynamie, on cherche à la combattre avec des toniques. Si la fièvre est rémittente, on se trouvera bien de l'emploi du sulfate de quinine.

Dès que la fièvre tend à tomber, que le point de côté a disparu, que l'oppression n'existe plus, il faut songer à agir sur l'épanchement et généralement on a recours aux révulsifs locaux et aux dérivatifs généraux (purgatifs, diurétiques, sudorifiques).

Parmi les révulsifs locaux, il faut citer le vésicatoire qui, s'il tient une place très certainement usurpée, n'en a pas moins eu ses fermes adeptes, et même, malgré son inutilité et ses dangers, est encore répandu et employé par de trop nombreux médecins. Lorsqu'il n'est employé que pour diminuer l'acuité du point de côté, il est inférieur comme action aux ventouses sèches et surtout aux ventouses scarifiées. Si la plèvre est pleine de liquide, le vésicatoire, quoique répété, sera toujours insuffisant à le faire disparaître, et la thoracentèse s'imposera presque toujours. Par conséquent, son emploi se borne à faciliter la résorption du liquide, lorsque, après la thoracentèse, il en reste une minime quantité dans la cavité pleurale. Son action doit donc être réduite à de très faibles proportions.

Comme diurétiques, le mieux est d'employer le régime lacté et les alcalins; ils sont à eux deux presque toujours suffisants, et en tout cas supérieurs à la scille, à l'acétate de potasse, aux sels de nitre, et autres drogues. Le jaborandi et la pilocarpine sont à peu près complètement abandonnés.

Chez les enfants en très bas âge, la diète lactée suffit presque à elle seule à mener la pleurésie à bonne fin.

Dans la deuxième enfance, la pleurésie aiguë paraît exiger un traitement moins énergique que chez les adultes. Des cataplasmes

légèrement sinapisés et des ventouses pour calmer le point de côté, des purgatifs salins légers, certains diurétiques (oxymel scillitique), le régime lacté font tous les frais du traitement. Il importe ici de s'abstenir du vésicatoire qui expose à une cystite dangereuse.

Chez les vieillards, le traitement de la pleurésie est sensiblement le même que chez les adultes; s'ils sont très affaiblis, il vaut mieux s'abstenir de toute émission sanguine.

A côté de tous ces moyens purement médicaux, qui, il faut bien le reconnaître, sont presque toujours purement palliatifs et dont quelques-uns sont inutiles, se place le vrai traitement de la pleurésie, c'est-à-dire la *thoracentèse*.

#### *Thoracentèse.*

Après l'année 1850, sous l'influence de l'enseignement de Trousseau et de la vulgarisation du procédé de Reybard, la thoracentèse fut couramment appliquée au traitement des pleurésies aiguës; et, dès que la méthode aspiratrice fut perfectionnée, grâce à l'emploi des instruments de Dieulafoy et de Potain, on put croire que cette question thérapeutique était entièrement jugée et hors de toute contestation. Cependant, de nos jours, des controverses s'élèvent à nouveau sur ce sujet, et des voix autorisées protestent contre l'emploi systématique de la thoracentèse dans les épanchements liquides de la poitrine. Ce n'est pas ici le lieu de critiquer les différentes opinions; mais, pour juger la question, il suffit de se souvenir de l'inutilité et de l'incertitude du traitement médical et de regarder les résultats que donne la ponction aspiratrice.

**Indications de la thoracentèse.** — La thoracentèse est urgente ou discutable (Dieulafoy).

A. *La thoracentèse est urgente*, qu'il existe ou non de la fièvre, que la dyspnée soit forte ou modérée : ce qui dicte l'intervention c'est l'abondance de l'épanchement.

La dyspnée est un guide trompeur, car elle ne dépend pas des variations de quantité du liquide; elle est seulement proportionnée à l'état du poumon sous-jacent et à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle l'épanchement s'est produit.

Deux éléments doivent être surtout envisagés pour juger de l'abondance d'un épanchement : 1° les déplacements des organes voisins; 2° les signes physiques constatés au niveau de la région pleurale.

On peut penser que l'épanchement est très abondant (2 litres environ) lorsque, dans la pleurésie gauche, le cœur vient battre entre

le bord droit du sternum et le sein droit, lorsque l'aire de Traube a disparu, que la matité remonte en arrière de l'omoplate, que le bruit de Skoda tend à disparaître en avant sous la clavicule, que le souffle prend un timbre bronchique et s'entend aux deux temps de la respiration ou à *fortiori* s'il fait place au silence respiratoire. Lorsque ces données se rencontrent chez un même sujet, le doute n'est plus permis. Mais il est des épanchements abondants qui ne refoulent ni le cœur ni les organes voisins, parce qu'ils s'étendent uniquement aux dépens de la paroi qui est plus ou moins dilatable suivant les sujets; parce que le poumon peut occuper dans la plèvre une place variable, suivant qu'il est congestionné ou ratatiné. En somme, il faut faire appel à tous les moyens d'investigation. En tout état de cause, on se souviendra que les épanchements faibles sont ceux dont la matité ne remonte pas en arrière au delà de la moitié ou des deux tiers inférieurs de la plèvre, dont le souffle a bien franchement le timbre dit pleurétique, ou qui ne produisent qu'un faible déplacement du cœur et du foie.

B. *La thoracentèse est discutable.* — En dehors des cas précédents la ponction ne s'impose pas tout de suite: on peut choisir le moment de la pratiquer. Ce n'est plus l'abondance de l'épanchement qu'il importe de considérer, c'est sa *durée*, sa résistance à la résorption. Lorsque le liquide n'est pas très abondant, il n'est pas rare de le voir diminuer au moment où la fièvre tend à décroître. Mais la fièvre ne doit pas être considérée comme une contre-indication à l'intervention; celle-ci au contraire aide souvent à faire descendre la température.

On peut seulement s'abstenir d'une opération hâtive pendant quinze à vingt jours, si l'épanchement n'est pas très abondant et s'il n'a pas de tendance manifeste à s'accroître. Mais vers le *vingtième jour* (c'est le chiffre moyen admis par presque tous les auteurs) la thoracentèse est absolument indiquée, car il est mauvais, dès ce moment, d'abandonner le liquide à lui-même. Il faut éviter, en effet, la formation d'adhérences plus ou moins étendues, qui laissent les malades ultérieurement en proie à une gêne permanente et paroxystique de la respiration et à des douleurs thoraciques souvent fort pénibles. La thoracentèse permet seule d'éviter la formation de ces adhérences et par suite le développement possible des pleurésies enkystées. La ponction permet de plus au poumon de reprendre son ampleur normale avant que la pneumonie interstitielle, si fréquente dans les épanchements chroniques, soit constituée.

Dans les épanchements du côté gauche, la thoracentèse s'impose en quelque sorte davantage, à cause du déplacement rapide du cœur. En tout cas elle peut devenir subitement urgente, car le liquide peut

augmenter très rapidement. Ceci revient à dire qu'il faut suivre avec le plus grand soin l'évolution de l'épanchement<sup>1</sup>.

Suivant la cause de la pleurésie, les indications de la thoracentèse donnent lieu à quelques remarques. Dans la pleurésie rhumatismale, la ponction peut n'être pas nécessaire, car le liquide pleural disparaît presque toujours avec la même rapidité que les arthrites sous l'influence de la médication interne. Chez les brightiques, le régime lacté suffit parfois à lui seul, ainsi que chez les cardiaques; chez ces derniers cependant, mieux vaut souvent intervenir pour éviter la thrombose cardiaque et l'embolie pulmonaire.

**Manuel opératoire.** — Le manuel opératoire de la thoracentèse est extrêmement simple. On se sert couramment pour la pratiquer, des aspirateurs de Dieulafoy, Potain ou Debove<sup>2</sup>.

Il est toujours bon de faire précéder la thoracentèse d'une ponction exploratrice; pratiquée avec une aiguille stérilisée (en platine iridié), elle est toujours inoffensive.

Il faut prendre toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses concernant les instruments, l'opérateur et le malade. Les mains de l'opérateur et ses instruments seront soigneusement désinfectés, la peau du thorax à l'endroit où l'on doit opérer sera savonnée et lavée au sublimé.

Le malade est ensuite placé de telle façon que l'opération soit aisée à pratiquer. La position horizontale est préférable à la position assise: elle préserve mieux de la syncope, et elle permet d'être moins scrupuleux sur le choix de l'espace intercostal à traverser; car le point le plus déclive de la plèvre se trouve occuper non plus seulement la base du thorax, mais une bien plus grande étendue de la paroi.

En tout état de cause et mis à part quelques cas spéciaux (pleurésies enkystées ou cloisonnées, dans lesquelles la ponction doit être faite là où la présence du liquide aura été directement reconnue), la thoracentèse doit être pratiquée dans le septième ou le huitième espace intercostal, à la partie externe et en avant du bord externe du grand dorsal.

1. Nous ne parlons pas ici des indications tirées de la nature de l'épanchement. Nous aurons à y revenir à propos du traitement des pleurésies purulentes.

2. L'appareil construit par M. Galante, sur les indications de M. Debove, est simplement constitué par un bouchon relié par deux tubes à une pompe et à une aiguille tubulée. Le bouchon est disposé de telle sorte qu'il puisse s'appliquer en la fermant exactement, sur la première bouteille venue. Le tube reliant le bouchon à l'aiguille se fixe dans l'axe de celle-ci, de manière à favoriser l'écoulement du liquide. L'aiguille est complétée par une anse métallique faisant office de manche et permettant de la tenir solidement.

Les aiguilles en platine iridié peuvent être stérilisées par un simple chauffage à la flamme d'une lampe à alcool, sans rien perdre de leur solidité.

On fixe la peau en gardant la pulpe de l'index appuyée sur le bord supérieur de la côte inférieure qui sert de point de repère. Lorsque le tissu cellulaire est très épais, il faut déprimer profondément les téguments pour arriver à sentir la côte sous-jacente. Puis on enfonce le trocart d'un coup sec, sans hésitation et presque perpendiculairement à la paroi thoracique. « Pour éviter la rencontre de la côte, le trocart doit pénétrer doucement dans la peau et vivement à travers l'espace intercostal jusque dans la cavité » (Potain).

On pratique alors l'aspiration, *toujours lentement*; souvent même il est bon, lorsque l'épanchement est très abondant, d'interrompre de temps en temps l'écoulement, afin d'obtenir un déplissement lent et progressif du poumon.

Il est aussi très important de ne jamais retirer plus d'un litre de liquide à la fois, même s'il est très abondant; mieux vaut recommencer le lendemain s'il en reste encore une quantité notable, que de tout extraire en une seule séance. S'il ne reste après la ponction que quelques centaines de grammes de liquide, il est infiniment probable qu'ils se résorberont facilement.

**Accidents.** — A la suite de l'intervention, le malade éprouve toujours un soulagement immédiat et très marqué; les inspirations se font plus amples et plus faciles, la sonorité thoracique reparait, le cœur tend à reprendre sa situation normale; le lendemain, la température commence à décroître, mais parfois, et surtout lorsque l'opération est conduite d'une façon malhabile, divers accidents peuvent se produire.

Les plus fréquents sont les suivants :

- 1° La *piqûre des organes voisins* (côte, foie, poumon);
- 2° L'*introduction de l'air extérieur dans la plèvre*, due généralement à une fausse manœuvre de l'appareil;
- 3° La *ponction blanche*, due elle-même à des causes multiples : fausse membrane venant obstruer l'orifice, vide insuffisant, extrémité de l'instrument butant sur le poumon;
- 4° La *toux quinteuse*, opiniâtre, qu'il importe de faire cesser en interrompant l'écoulement ou en l'arrêtant définitivement;
- 5° La *douleur constrictive* du thorax;
- 6° L'*expectoration albumineuse*, très vraisemblablement produite par une congestion œdémateuse du poumon, et qu'on peut facilement éviter en ayant soin de ne jamais extraire de la cavité pleurale plus de 1000 à 1200 grammes de liquide;
- 7° La *mort subite ou rapide*, accident qui est dû probablement à une altération latente du cœur et qu'on ne doit pas imputer directement à la thoracentèse, car il peut survenir au cours de pleurésies non ponctionnées.

8° On a enfin accusé la thoracentèse de provoquer la *transformation purulente* de l'épanchement. C'est le cri de guerre des adversaires de la méthode, et c'est cependant une assertion fautive de tous points. Ce n'est pas la thoracentèse qui produit la transformation d'un épanchement séreux en liquide purulent; c'est l'opérateur, et l'on peut affirmer avec M. Dieulafoy que jamais, lorsque l'intervention est faite avec une minutieuse asepsie, cette transformation ne s'opère.

Ceci amène à dire que l'instrument (aspirateur tout entier, trocart et tubes) doit être soigneusement désinfecté après chaque ponction.

**Suites.** — Trois faits peuvent se produire après l'aspiration.

La guérison est parfois immédiate. On voit alors successivement disparaître tous les signes physiques de l'épanchement. Pendant quelques jours la respiration est encore remplacée à la base par des bruits de frottement, qui disparaissent bientôt à leur tour.

D'autres fois, la guérison s'obtient moins vite; une certaine quantité de liquide persiste dans la plèvre, et ne se résorbe qu'en l'espace de cinq à dix jours.

Enfin l'épanchement peut se reproduire; la thoracentèse doit être à nouveau pratiquée. La pleurésie doit être tenue pour une pleurésie symptomatique et comporte un pronostic plus grave.

A la suite de la pleurésie traitée, diverses altérations persistent souvent (atrophies musculaires, déformations thoraciques, adhérences costo-pulmonaires) qui nécessitent un traitement approprié.

D'ailleurs, c'est pour toutes la même thérapeutique : gymnastique respiratoire méthodique, électricité, bains d'air comprimé, douches locales; pour favoriser la dilatation du poumon, on conseillera les exercices corporels (escrime, gymnastique), le séjour à la campagne, dans les montagnes.

Le traitement de la pleurésie chronique se borne à quelques indications. La révulsion sur la poitrine doit être employée sous toutes ses formes : badigeonnages à la teinture d'iode, cautères, pointes de feu.

La *pleurésie hémorrhagique* est justiciable de la thoracentèse répétée, alors même que la cause persiste. M. Dieulafoy a fait remarquer que l'exsudat pouvait devenir séreux pendant le traitement, même en cas de cancer. Mais il est prudent, dans ce dernier cas, de ne pas multiplier les ponctions (voir le *Cancer du poumon*).