

**Traitement.** Le seul moyen capable de calmer les angoisses, parfois si vives des malades, c'est la *morphine*. Dans les cas désespérés on peut s'en tenir exclusivement à elle (à l'intérieur et par la méthode sous-cutanée). Mais dans les cas où le malade aurait conservé assez de forces, on pourrait tenter, par une intervention opératoire, d'atténuer les symptômes et peut-être d'arriver finalement à une guérison totale. Si le pneumothorax est simple, sans exsudat liquide, on cherchera à extraire par *aspiration* autant d'air que possible. Quand il y a un épanchement séreux abondant, la *ponction* est indiquée; de même quand l'exsudat est purulent, il y a lieu de faire la ponction simple ou la ponction, si pas l'incision, avec *drainage* consécutif. En ce cas la méthode est identiquement la même que pour l'empyème. Il faut remarquer pourtant que des améliorations comme celles dont nous avons parlé et des guérisons ont été observées plusieurs fois sans qu'on ait dû recourir à une intervention opératoire quelconque.

#### CHAPITRE QUATRIÈME.

##### HYDROTHORAX. HÉMATOTHORAX.

1. **Hydrothorax.** Un *transsudat* séreux accumulé dans la cavité pleurale et ne dépendant pas d'une inflammation, est désigné sous le nom d'*hydrothorax* (*hydropisie de poitrine*). L'hydrothorax est rarement le résultat d'un obstacle *local* qui empêche le sang veineux ou la lymphe de s'écouler hors du thorax (compression des veines ou du canal thoracique par des tumeurs). La plupart du temps, l'hydrothorax est un élément constitutif de l'*hydropisie générale* telle qu'elle se déclare notamment dans l'emphysème, les maladies du cœur et des reins. Quelquefois l'hydrothorax ne se forme qu'après qu'un œdème général du tissu cellulaire et l'ascite existent depuis quelque temps. Mais il peut aussi être une des premières manifestations de l'hydropisie. D'ordinaire il est bilatéral, parfois aussi unilatéral, ou plus prononcé d'un côté que de l'autre. La plèvre elle-même est à l'état normal ou imbibée de sérosité. Souvent elle est parcourue par un lacis de vaisseaux lymphatiques dilatés. Le liquide séreux de l'hydrothorax se distingue de l'exsudat séreux inflammatoire par une moindre proportion d'albumine, la rareté des éléments cellulaires et une coagulabilité spontanée moindre ou nulle.

L'*expression clinique* de l'hydrothorax consiste dans l'entrave qu'il apporte à la respiration. Dès lors, l'hydrothorax peut très souvent, surtout en cas de maladies du rein, être considéré comme la cause principale de la mort.

L'examen physique qui en établit objectivement l'existence, doit naturellement révéler des symptômes en tout semblables à ceux de l'exsudat pleurétique. Seulement nous devons faire remarquer que dans l'hydrothorax existe souvent un fort souffle tubaire résultant du tassement du poumon et qui pourrait faire croire à une infiltration pneumonique. Cette intensité, parfois si frappante, du bruit respiratoire, et qui ne se rencontre pas au même degré en cas d'exsudat pleurétique, s'explique par l'intégrité du tissu pulmonaire et l'absence complète d'adhérences. C'est pour le même motif que les variations de matité qu'amènent les changements d'attitude du malade, sont d'ordinaire plus accentuées dans l'hydrothorax que dans l'exsudat pleurétique. Quelquefois on entend dans l'étendue de l'hydrothorax des crépitations sèches qui se passent dans les poumons rétractés et en partie frappés d'atélectasie. Mais le signe capital qui sépare l'hydrothorax de l'exsudat pleurétique n'en reste pas moins la coexistence d'une affection primordiale.

Le *traitement* se base toujours sur cette maladie fondamentale. Si l'on parvient à régulariser l'action du cœur et à donner une impulsion nouvelle à la sécrétion urinaire, l'hydrothorax disparaît parfois avec les autres manifestations hydropiques. Si la dyspnée résultant de l'hydrothorax devient menaçante, la *ponction* constitue parfois un excellent palliatif. Mais la nature de la maladie primitive fait que souvent le succès n'est qu'éphémère.

2. **Hématothorax.** Les épanchements sanguins de la cavité pleurale (*hématothorax*) sont le plus souvent occasionnés par des déchirures *traumatiques* de vaisseaux, rarement par la rupture dans la plèvre d'un anévrysme de l'aorte, par l'érosion d'une artère intercostale en cas de carie des côtes, par l'ouverture d'une caverne avec déchirure artérielle, etc. Dans la plupart de ces circonstances, l'effusion sanguine est suivie d'une véritable pleurésie exsudative. Les symptômes physiques sont les mêmes que pour les autres épanchements pleurétiques. Une dyspnée considérable peut réclamer l'évacuation du sang à l'aide de la ponction, au besoin, d'une incision.

#### CHAPITRE CINQUIÈME.

##### NÉOPLASMES DE LA PLÈVRE.

Les néoplasies pleurales sont le plus souvent de nature *secondaire*. On rencontre quelquefois par ci par là dans la plèvre des *nodules cancéreux métastatiques* faisant suite à des carcinomes primitifs d'autres organes, notamment du sein et des poumons. Mais la plupart des carcinomes de la plèvre, consécutifs à des carcinomes du poumon, sont le résultat d'une propagation directe.